

Saúde Consumo e Ambiente: Práticas e Valores das Grávidas

DISSERTAÇÃO EM ECOLOGIA HUMANA E PROBLEMAS SOCIAIS CONTEMPORÂNEOS

Cristina Isabel Vicente Pereira Baptista Duarte Nunes

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, realizada sob a orientação científica de Prof. Dr.^a Iva Pires

ÍNDICE

DEDICATÓRIA PESSOAL.....	VI
AGRADECIMENTOS.....	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	4
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO I.....	5
1 – GRAVIDA	5
1.1 – Gravidez	5
1.2 – Vigilância da gravidez	6
1.2.1 – Consulta pré-concepcional	7
1.2.2 – Vigilância Pré – Natal	7
1.2.3 – Alterações fisiológicas e psicossociais da gravidez normal.....	10
1.2.4 – Alimentação na gravidez.....	11
1.3 - Actividade física	15
CAPÍTULO II – SAÚDE.....	18
2.1 – Educação para a Saúde e Promoção da Saúde.....	25
CAPÍTULO III – CONSUMO.....	30
3.1- Consumo e implicações na saúde.....	33
3.1.1 – Riscos para a saúde.....	34
3.2 – A grávida consumidora.....	37
3.3 – Consumos nocivos na grávida.....	39
CAPÍTULO IV – AMBIENTE	43
4.1 – Resíduos Ambientais	46
4.2 – Ambiente e implicações na saúde	47

4.2.1 – Ambiente e implicações na saúde da grávida.....	53
PARTE II - ESTUDO METODOLÓGICO	56
CAPÍTULO V - METODOLOGIA	56
5.1 - Desenho do Estudo	56
5.2 Justificação do Estudo	57
5.3 – Problema de pesquisa e objectivos	58
5.4 – Tipo de investigação.....	59
5.5 - Aspectos éticos do estudo.....	60
5.6 - Variáveis estudadas	61
5.6.1 -Relações esperadas entre variáveis.....	62
5.7-População e amostra	62
6 – ESTRATÉGIA E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	64
6.1 – Instrumento de recolha de dados.....	64
6.2- Aplicação do pré-teste	67
6.3 - Procedimentos na Recolha dos dados.....	67
6.4- Tratamento e análise dos dados	68
7- Limitações do estudo	70
CAPÍTULO VI – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	71
8 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA AMOSTRA	73
9 - CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS VALORES DA: SAÚDE, CONSUMO, AMBIENTE	86
9.1 - Caracterização da dimensão valores da saúde	87
9.2 – Caracterização da dimensão valores de consumo.....	90
9.3 – Caracterização da dimensão valores do ambiente.....	92
10 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E CONSUMO.....	95
10.1 – Caracterização da dimensão práticas de saúde.....	96
10.2 – Caracterização da dimensão práticas de consumo.....	100
11 – CARACTERIZAÇÃO DA DIMENSÃO RELATIVA AO AMBIENTE.....	102

11.1 – Análise do ambiente físico.....	102
11.2 – Análise do ambiente social.....	105
11.3 - Análise do ambiente sonoro	106
CONCLUSÃO	108
BIBLIOGRAFIA	110
WEBGRAFIA	124
ÍNDICE DE QUADROS	125
ÍNDICE DE TABELAS	126
ÍNDICE DE GRÁFICOS	128
APÊNDICES	I
APÊNDICE 1	II
APÊNDICE 2	IX
QUADRO 1 – ITENS CORRESPONDENTES À SAÚDE.....	X
APÊNDICE 3	XI
QUADRO 3 – ITENS CORRESPONDENTES ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE	XII
APÊNDICE 4	XIII
QUADRO 4 - ITENS CORRESPONDENTES ÀS PRÁTICAS DE CONSUMO	XIV
APÊNDICE 5	XV
QUADRO 5 – ITENS CORRESPONDENTES AOS VALORES DE CONSUMO	XVI
APÊNDICE 6	XVII
QUADRO 6 – ITENS REFERENTES À PERCEPÇÃO DO AMBIENTE	XVIII
APÊNDICE 7	XIX

ANEXOS	XXII
ANEXO 1	XXIII
FIGURA 6. LOCALIZAÇÃO DE PARQUES E JARDINS PÚBLICOS, DE LISBOA (CML, 2011).	XXIV

DEDICATÓRIA PESSOAL

Dedico esta tese ao André e à Sofia, meus filhos dedico ainda ao Caly meu marido, amigo e companheiro de todos os momentos, pedindo ainda desculpa pelo tempo que lhes roubei com a sua execução, a eles um muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

À Professora Iva Pires por ter aceite ser minha orientadora, pela disponibilidade e dedicação com que me orientou sempre que por mim foi solicitada, mas também pelo empenho na coordenação do mestrado, tentando oferecer sempre as melhores oportunidades de aprendizagem.

À Enfermeira Adelaide Pedreira Reina, pela disponibilidade que demonstrou em efectuar uma leitura final da minha tese, mas também por ter sido o meu modelo durante o curso de enfermagem, alguém que me viu crescer enquanto pessoa, e com quem partilhei momentos inesquecíveis da minha vida.

RESUMO

Palavras-chave: Saúde, Consumo, Ambiente, Grávida, Gravidez

Da complexidade do ser humano, emergem as suas crenças e valores, numa sociedade sustentada num modelo económico centrado no consumo, mas também com preocupações com o bem-estar.

Antigamente a grávida vivia com a família de origem e em comunidade fazia as suas aprendizagens. Neste terceiro milénio caracterizado pela grande mobilidade, as grávidas vivem a maiores distâncias da sua família de origem, vivenciando de forma diferente a maternidade.

A grávida actual não se encontra isolada socialmente, possui características próprias enraizadas na sua cultura e valores. As suas atitudes e acções são traduzidas por comportamentos ditados por novos paradigmas. As atitudes face ao consumo alteram-se durante a gravidez? A grávida consome mais moderadamente? A preocupar-se com o possível impacto de alguns consumos na sua saúde? A alterar os seus hábitos? Sente o ambiente de forma diferente? Estas foram muitas das questões que levaram à elaboração do presente estudo de cariz exploratório, que teve como principal objectivo identificar quais as práticas e valores das grávidas no que diz respeito à saúde, consumo e ambiente.

Tentou-se identificar as práticas e valores sobre o consumo, saúde e ambiente, recolhendo as respostas de 102 grávidas utilizadoras dos serviços da Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia da USF Tílias as quais responderam a um questionário construído para o efeito.

A análise dos dados revelou algumas práticas de saúde inadequadas, com base nos valores das inquiridas, revelou também que o valor emergente do consumo para estas mulheres é a qualidade. Relativamente aos factores ambientais as grávidas demonstram algumas preocupações, a este nível o que se surge como positivo é a maioria da amostra querer amamentar o que denota não só preocupações com a saúde do seu bebé, mas também benefícios em termos ambientais.

Os resultados globais demonstraram que apesar destas mulheres estarem informadas, havia algumas lacunas, nomeadamente no efectuar vacinas no decurso da gravidez; o que é revelador da necessidade de fomentar uma educação para a saúde eficaz de forma a fomentar comportamentos e atitudes saudáveis, sendo o centro de saúde um dos locais de eleição para conseguir o desenvolvimento de práticas e comportamentos saudáveis, desde a alimentação ao consumo responsável, o que se irá repercutir numa melhor saúde e menor morbilidade, tanto para a grávida como para o filho.

ABSTRACT

Keywords: Health, Consumer, Environment, Pregnant, Pregnancy

The complexity of the human being, emerging beliefs and values in a society supported an economic model centred on consumption, but also with concerns about well-being.

Previously the woman lived with her family of origin and in their community was learning. In this third millennium is characterized by high mobility, pregnant women living at greater distances from their family of origin, experiencing motherhood differently.

The current pregnancy is not socially isolated, has its own characteristics rooted in their culture and values. Their attitudes and actions are translated by behaviours dictated by new paradigms. The consumer attitudes change during pregnancy? The pregnant consume more moderately? The worries about the possible impact of some consumption on your health? The changing their habits? The environment feels differently? These were many of the issues that led to the preparation of this exploratory study of nature, which had as main objective to identify which practices and values of pregnant women with regard to health, consumer and environment.

We tried to identify the practices and values on consumption, health and environment, collecting responses from 102 pregnant women using the services of the Maternal Health Nurse Specialist Obstetrics and USF Tílias which responded to a questionnaire constructed for this purpose.

Data analysis revealed some inappropriate health practices, based on the values of the respondents, also revealed that the emerging value of consumption for these women is the quality. For environmental factors pregnant women show some concern at this level that emerges as the positive sample is most want to breast feed which shows not only concerns about the health of your baby, but also environmental benefits.

The overall results showed that although these women are informed, there were some gaps, particularly in making vaccines during pregnancy, which is indicative of the need to promote an effective health education in order to foster healthy

behaviours and attitudes, the center health of a local election to achieve the development of healthy practices and behaviours, from feeding the intake charge, which will be reflected in better health and lower morbidity for both the expectant mother and to his son.

"A saúde não é uma qualidade absoluta. Tem o valor que lhe é conferido pela cultura da sociedade"

Brockington F.

INTRODUÇÃO

Mais do que nunca, neste início de milénio, para avaliar a Saúde do ser humano é necessário recorrer a uma visão holística, a qual implica uma análise integrada dos diferentes sistemas que compõem o sistema de saúde. Se num passado recente era privilegiada a perspectiva médica em torno da saúde, actualmente a perspectiva é a bio-psico-socio-cultural, que vai além das determinantes biológicas. O ser humano tem o objectivo intrínseco de melhorar a sua qualidade de vida, porém na sociedade contemporânea a ideia de bem-estar; ficou confinada ao consumo de bens e serviços na procura de bem-estar. Acentuando a pressão sobre os recursos naturais e tornando-se assim uma das forças motrizes dos problemas ambientais.

O consumo foi impulsionado pela revolução industrial, pela produção em série e redução dos custos dos produtos, o que despoletou vários problemas para o ambiente: a desflorestação, a perda de biodiversidade, as alterações climáticas, entre outros.

O âmbito desta dissertação enquadra-se na minha vivência profissional de Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) na USF (Unidade de Saúde Familiar) Tílias a qual me possibilitou observar que muitas grávidas, parecem passar nesta fase das suas vidas, por dificuldade em fazer escolhas, quer sobre a saúde em geral, quer no que comer, consumir ou mesmo vestir durante a gravidez, o que poderá ser condicionante da sua saúde. Estas mulheres referem várias dúvidas e preocupações não só em relação à própria gravidez, como em relação à saúde em geral, bem como à adopção de comportamentos adequados nomeadamente com questões relacionadas com o consumo e ambiente, nomeadamente sobre a compra das fraldas. Apresentam ainda diferentes graus de dificuldade face à sua nova situação, mas também preocupações com o futuro, parecem existir ainda alguns mitos, de cariz cultural neste momento de vida da mulher. Esta experiência fez com que fossem surgindo em mim algumas inquietações, que me fizeram questionar e tentar compreender as práticas grávidas em relação à saúde ao consumo e ao ambiente. Como existem poucos Enfermeiros Especialistas no Serviço Nacional de Saúde, sou muitas vezes abordada por grávidas do ACES Lisboa Norte que procuram frequentar a preparação para o parto no local onde trabalho, o que nem sempre é possível face às

limitações de espaço e de recursos, pelo que o estudo além de incluir as grávidas da USF Tílias, incluirá também todas as grávidas que procuraram os cuidados da enfermeira ESMO, às quais foi pedida a colaboração para participar no estudo. Nesse contexto, realizei este estudo, na tentativa de perceber o que se modifica em termos de práticas e valores de consumo, saúde e ambiente, durante este período das suas vidas.

Na grávida para além das transformações biológicas existem inúmeros processos não biológicos, a mulher grávida tem que se adaptar a um conjunto de alterações tanto no seu corpo, como nas suas expectativas e comportamentos.

Para conhecer a saúde das grávidas é necessário conhecer as práticas e valores que condicionam o consumo, a saúde e o ambiente, numa visão holística e integrada, tendo em conta factores obstétricos, sociais e culturais, procurando encontrar a relação dos diferentes itens numa análise global e integradora. O que anteriormente era meramente reduzido a aspectos médicos e biológicos é hoje entendido como uma acção conjugada entre o bio, o psico, o sócio e o cultural.

A temática deste trabalho de investigação pretende recolher informação sobre a saúde, o consumo e o ambiente e de que forma as práticas e valores das grávidas, se manifestam durante o período de gravidez.

Dedicar a dissertação de mestrado ao estudo da grávida, resulta de dois factores: o primeiro deve-se às preocupações da actualidade, muito envolvidas pelos processos de globalização em especial nos domínios do ambiente e dos problemas ambientais. Surge assim a necessidade de reflectir sobre os valores da sociedade actual que procura a melhoria da qualidade de vida, mas ao mesmo tempo é alertada para alterações ambientais, o que leva a crescentes e novas preocupações com o ambiente. O segundo resulta da minha prática diária de Enfermeira Obstetra, ministrando cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, o que me fez questionar qual ou quais as posições das grávidas durante a gravidez face a estas questões, e de que forma elas se reflectem nas suas práticas e valores.

O principal problema de pesquisa relaciona-se com a grávida e a forma como esta modifica ou não as suas práticas em relação à saúde, ao consumo e ao ambiente.

Neste âmbito o objectivo geral é o de contribuir para o conhecimento das práticas e valores das grávidas em relação à Saúde, ao Consumo e ao Ambiente.

A saúde tem-se tornado uma responsabilidade e compromisso individual, não só em termos restritos mas também em termos ambientais, quer pela influência que tem face às práticas de consumo com uma influência directa na sustentabilidade do planeta, quer pela prevenção de problemas ambientais enquanto condicionantes da saúde.

Assim sendo, procura-se ainda nesta investigação, perceber se existem diferenças nas práticas e valores em função da escolaridade, profissão e rendimento das grávidas.

A presente investigação encontra-se organizada por partes e capítulos com a seguinte estrutura: Parte I – discussão teórica, a qual explicita e sustenta a investigação, procurando saber qual o conhecimento actual sobre a saúde, consumo e ambiente, a qual será dividida em 4º capítulos: O primeiro é dedicado à grávida, o segundo à Saúde, o terceiro ao consumo e o quarto ao ambiente.

Parte II- Dedicada ao estudo metodológico, descrevendo e justificando as opções traçadas na investigação, do qual faz parte integrante a descrição da investigação bem como a selecção da amostra, dando ênfase ainda à construção do instrumento de colheita de dados e tratamento estatístico. Apresenta ainda a análise dos resultados salientando as questões de investigação.

Termina com a conclusão e interpretação dos resultados em função das variáveis estudadas.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os valores da sociedade actual, são inequivocamente diferentes se os compararmos no tempo e no espaço, à medida que o homem foi evoluindo desde a pré-história até à actualidade, no entanto este novo milénio tem como característica a procura incessante de melhor bem-estar e qualidade de vida, as quais se pretendem conseguir através de um equilíbrio com o ambiente, a saúde e o consumo.

É sobre estas questões que o quadro teórico, que compõe esta parte, procurará reflectir, ele encontra-se dividido em capítulos e sub capítulos. Inicia-se no ponto 1 com a grávida, seguindo-se a apresentação da problemática que envolve a saúde, de como esta evoluiu em termos de conceito ao longo dos tempos. No ponto 3 pretende-se colocar em evidência o consumo e posteriormente no ponto 4 o ambiente. É ainda de salientar que todo o enquadramento foi efectuado com o recurso a bibliografia e webgrafia a fim de efectuar uma revisão da literatura, sobre as temáticas pretendidas.

CAPÍTULO I

1 – GRAVIDA

Quando se fala de grávida é necessário compreender o processo pelo qual passa a mulher antes da concepção do seu filho, durante o ciclo gravídico e conhecer os padrões de interação e reestruturação desenvolvidos antecipadamente para a chegada de um filho, uma vez que um bebé determinará mudanças importantes tanto nos membros da família como no grupo social dos pais, avós e irmãos. A grávida fica sujeita a expectativas, planos e projectos, incorporados pela cultura de origem, mas também com padrões próprios no reconhecimento da maternidade. Na maioria das vezes um bebé começa a existir para a mulher muito antes da sua concepção. Ele tem início no desejo que cada mulher tem, muitas vezes desde a sua infância. Ao mesmo tempo que a grávida gera o seu bebé, durante o processo gravídico vai imaginando o seu filho, criando nela expectativas. Nesta fase da vida a mulher evolui no desenvolvimento da identidade, existindo mudanças ao nível do seu ciclo vital. Nem todas as grávidas vivem a gravidez da mesma forma, umas sentem-se maravilhosas, outras vivem em permanente mal-estar.

1.1 – Gravidez

A gravidez pode ser encarada como um processo de transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ininterruptamente ao longo de 38 a 42 semanas, durante as quais decorre a gestação. É um momento com várias alterações capazes de proporcionar momentos de crescimento extremamente enriquecedores para a mulher. Pode ainda ser vista como uma situação de preparação física e psicológica para o papel de mãe, onde tem início o relacionamento mãe – filho Justo (1994). Classicamente a gravidez pode ser encarada como um período de crise natural, de carácter biológico, como a puberdade ou a menopausa, como refere Bibring at all (1961) as quais envolvem modificações endócrinas, somáticas e psicológicas, “Estas crises representam passos importantes no desenvolvimento e têm em comum uma série característica de fenómenos psicológicos” (Bibring, Dwyer, Huntigton e Valenstein ,1961; 12).

A gravidez é caracterizada por modificações psicológicas importantes, sendo uma das primeiras modificações a alteração da imagem corporal, que é parte integrante de uma alteração global e contínua do funcionamento orgânico da mulher, e que tem a capacidade de modificar a sua auto - imagem, motivo pelo qual pode proporcionar na mulher alterações de cariz psicológico. A par destas também as modificações hormonais podem alterar o funcionamento psicológico, nomeadamente a estabilidade emocional, que neste período pode como uma reacção à emergência das transformações que a gravidez implica Justo (1994).

A gravidez normal pode ser descrita em 3 fases: incorporação, diferenciação e separação, as quais comportam tarefas psicológicas: a de aceitar a gravidez; com a realidade do feto, reavaliar a geração parental anterior; reavaliar o relacionamento com o parceiro; aceitar o bebé e integrar a identidade parental (Colman & Colman, 1973). Durante as primeiras semanas de gestação a mulher está centrada em si própria demonstrando algum desinteresse face ao mundo exterior, formando as suas relações, na unidade mãe - filho “seja qual for o resultado de uma gravidez... na vida da mulher ou do casal, nada vai voltar a ser como antes” (Justo 1994, 108).

1.2 – Vigilância da gravidez

A importância da promoção de hábitos saudáveis e adequados, é hoje sobejamente reconhecida, pelo que cada vez mais se preconiza que a mulher antes de engravidar, deve fazer uma consulta de aconselhamento pré - concepcional, onde não só se deveria avaliar o seu estado de saúde; como idealmente, deveria ser realizado um ensino de promoção de estilos de vida saudáveis e hábitos alimentares adequados. Apesar da vigilância da maternidade no nosso país atingir a maioria da população, existe ainda uma percentagem significativa que só recorre aos serviços de saúde após estar grávida. Segundo dados do Ministério da Saúde “A percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados” (Ministério da Saúde 2004b, 26).

1.2.1 – Consulta pré-concepcional

A diminuição da morbilidade materno-fetal passa, entre outros aspectos, por um correcto planeamento da gravidez, daí a importância da consulta pré-concepcional. A programação de uma gravidez deverá ocorrer, em condições ideais, em situação de bem-estar físico-psico-social da futura grávida. Este planeamento é de extrema importância quando há antecedentes de doença, que possam influenciar ou ser influenciados negativamente pela gravidez. Compete então, aos serviços de Cuidados de Saúde Primários, alertar as mulheres em idade fértil sobre a importância de uma avaliação médica e de enfermagem, antes da gravidez. Esta avaliação tem como objectivo determinar o risco concepcional em função dos antecedentes patológicos pessoais, familiares ou outros problemas numa gravidez anterior, para além de saber o risco genético, tal como refere a Direcção Geral de Saúde. “A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, na rotina da prática clínica. Sem contrariar esse entendimento fundamental, recomenda-se que, perante a decisão de uma futura gravidez, se realize uma consulta específica com o objectivo de actualizar e ponderar sobre os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes.” (DGS Nº: 02/DSMIA, 2006)

1.2.2 – Vigilância Pré – Natal

Idealmente, a primeira consulta de vigilância pré-natal deveria ser efectuada duas ou quatro semanas após a ausência de menstruação. É conveniente que esta primeira consulta não seja muito tardia, já que é precisamente ao longo das primeiras semanas de gestação que o embrião se encontra em desenvolvimento, e está mais susceptível de ser afectado por factores externos, capazes de interferir com o desenvolvimento embrionário, podendo originar alterações ou malformações congénitas. Na primeira consulta é efectuado um exame físico completo da mulher, através do qual se deve pesquisar a presença de sinais e sintomas de eventuais problemas que poderão complicar a gravidez (Quadro nº 1).

Faz ainda parte desta vigilância a saúde oral da grávida, enquanto alvo de cuidados, pelo risco acrescido de contrair alguma inflamação oral, existem ainda alguns mitos enraizados culturalmente ricos em atributos negativos, em relação ao tratamento odontológico, como o de «cada gravidez, cada dente», “existem mitos e restrições fortemente arraigados sobre atendimento odontológico clínico durante a gravidez, relacionados a preocupações com a possibilidade de sequelas à saúde do bebé.” (Britto, L. Nakama, Melchior R, 2008, 5). Actualmente o acompanhamento odontológico preventivo e de tratamento das grávidas está recomendado, devido à possibilidade das infecções dentais poderem interferir com o feto. Por essa razão desde dia 23 de Novembro de 2007 que o Ministério da Saúde passou a emitir cheques dentistas a grávidas. A avaliação feita diz que “Nos primeiros 6 meses de actividades inerentes ao projecto Saúde Oral na Grávida foram emitidos mais de 28 mil cheques-dentista, dos quais foram utilizados, ao longo desse período, cerca de 19 mil, a que corresponde uma taxa de utilização de 66.6%.” (Direcção Geral de Saúde, 2008, 7). O facto de nem todos terem sido utilizados pode decorrer de deficiente divulgação, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou de algumas famílias optarem por recorrer aos serviços privados por opção individual, entre outros.

Quadro nº 1 – do Esquema de Vigilância Pré-Natal:

Semanas de Gravidez	Elementos a recolher e a avaliar
8 às 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> * História clínica e factores de risco * Exame físico com exame ginecológico e da mama * Estimativa da idade gestacional * Auscultação fetal às 10 – 12 semanas * Ecografia das 12 Semanas * Pedido de exames laboratoriais * Preenchimento do Boletim da grávida * Informação alimentar e de saúde
18 às 22 semanas	<ul style="list-style-type: none"> * Confirmação do tempo de gestação * Auscultação fetal * Avaliação dos exames pedidos * Ecografia obstétrica
28 às 32 semanas	<ul style="list-style-type: none"> * Continuação da vigilância do bem-estar materno-fetal * Avaliação do peso, batimentos cardio-fetais/movimentos fetais, tensão arterial * Repetição de exames laboratoriais * Ecografia morfológica
36 às 40 semanas	<ul style="list-style-type: none"> * Orientação das grávidas para o registo dos movimentos fetais * Avaliação das condições para o parto * Informação sobre contracepção * Informação sobre a importância da revisão do puerpério

Fonte: Direcção Geral de Saúde – Vigilância pré-natal e revisão do puerpério – D.G.S. 1993

1.2.3 – Alterações fisiológicas e psicossociais da gravidez normal

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez sejam elas ligeiras ou marcantes, são das mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer. Muitas das alterações começam antes de a mulher tomar consciência de que está grávida. A gravidez é um evento que irá alterar profundamente a vida da mulher. “As alterações fisiológicas e psicossociais ajudam a mulher a adaptar-se à gravidez, manter sua saúde durante toda a gestação e preparar-se para o nascimento do seu filho” (Branden 1998,28). As primeiras fases da gravidez causam várias alterações fisiológicas (amenorreia, náuseas e vômitos, aumento da frequência urinária, alterações mamárias, fadiga, alterações cutâneas). À medida que o feto cresce e o perfil hormonal se modifica, o corpo da mulher passa por adaptações fisiológicas em todos os sistemas do organismo, preparando-se para se adaptar ao feto e ao nascimento. Há uma grande produção de hormonas sexuais e não sexuais pela placenta (lactogénio placentário e prolactina), que traduzem mudanças orgânicas e comportamentais significativas. É um momento marcado pela grande ambivalência psicológica, onde as manifestações psíquicas se manifestam em diferentes graus. O primeiro trimestre de gravidez é marcado pelo início da gestação e pela aceitação da gravidez, tanto pela grávida como pelo meio social envolvente. Embora no organismo da mulher, ocorram profundas alterações anatómicas e fisiológicas elas não são ainda evidentes no corpo da mulher. São frequentes as náuseas e os vômitos nos três primeiros meses, devido à produção aumentada das gonadotrofinas corionicas e estrogéneos, embora esta manifestação seja também muito influenciada pelo meio psico-social de cada grávida.

Passada esta fase inicial de maior ambivalência, o segundo trimestre, coincide com a percepção dos movimentos fetais, estabelecendo-se uma relação num plano de maior realidade com a gravidez. O humor melhora, bem como as sensações físicas, mas é ainda um período com alterações físicas notórias, provocando mesmo alterações da estática habitual da mulher. A percepção dos movimentos fetais faz com que a grávida perceba que existe vida para além da sua.

Ao chegar ao terceiro trimestre a grávida sente o culminar da gestação e centra-se no que vai ser o nascimento do seu bebé, preparando-se para o seu novo papel (Brazelton, 1981). É um trimestre caracterizado por maior ansiedade, devido à

incerteza do desconhecido, tanto do parto como da maternidade, surgem as inquietações do desconhecido que vem pela frente: o parto, a maternidade, como será o momento do nascimento? Que mãe serei? Inúmeras questões podem ser colocadas pela mulher nesta fase.

A gravidez leva a mulher a fazer projecções no futuro, preparando o seu novo papel de transição para a parentalidade, a futura mãe terá de se ajustar a muitas transformações, e esta preparação pode desenvolver na mulher algumas preocupações, centradas sobretudo na saúde do bebé, no parto, no medo de abortar e, por último, problemas financeiros Conde e Figueiredo (2007). Estas autoras investigaram o período de transição para a parentalidade, estudando as preocupações dos futuros pais (mulheres e homens), com determinados acontecimentos adversos de vida (independentemente da sua ocorrência real ou hipotética), procuraram ainda encontrar diferenças de género. Os acontecimentos por elas propostos, diziam respeito a diferentes áreas de vida do indivíduo, tais como: educacional, profissional, habitação, situação económica, acesso a cuidados de saúde, sistema legal/criminal, sistema marital/conjugal, reprodução/parentalidade, ambiente familiar, ambiente social e contexto psicossocial e ambiental. Concluíram que na gravidez o que mais preocupava as grávidas era a possibilidade do seu bebé vir a ter malformações, seguida da possibilidade de problemas financeiros e baixo rendimento. Também a possibilidade de virem a ficar desempregadas desperta nestas mulheres um medo real, assim como, a morte de um familiar, ou a ocorrência de problemas graves na família, são estes os acontecimentos de vida adversos, que maior preocupação suscitam, tanto no caso das mulheres, como no dos homens, durante esta fase das suas vidas.

1.2.4 – Alimentação na gravidez

Uma nutrição adequada é factor contribuinte para a evolução de uma gravidez. É também reconhecido que o estado nutricional de uma mulher grávida é influenciado por diversos factores sociais, tais como a pobreza, as carências educacionais, um estado de saúde deficiente e um ambiente desfavorável. Para suportar as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, são necessárias maiores quantidades de alguns nutrientes do que as normalmente exigidas para a manutenção de um adulto. A gravidez constitui um dos períodos de maior exigência nutricional no ciclo de vida da

mulher. Com a gestação é necessário uma grande reserva de nutrientes para suportar o crescimento fetal. As necessidades alimentares variam com a idade, sexo, actividade física e profissão, pelo que uma alimentação equilibrada deve satisfazer as necessidades energéticas ou de energia, plásticas ou de construção, protectoras ou de regulação. Para tal é necessário incluir na alimentação diária, os diferentes nutrientes:

- **Hidratos de Carbono ou Glúcidos** – satisfazem as necessidades energéticas;
- **Gorduras ou Lípidos** – satisfazem as necessidades energéticas (reservas do organismo);
- **Proteínas** – satisfazem as necessidades plásticas ou de construção e contribuem acessoriamente para a satisfação das necessidades energéticas;
- **Vitaminas e Sais Minerais** – satisfazem as necessidades protectoras ou de regulação.

No início da gestação, é recomendável seguir uma dieta equilibrada, aumentando o consumo de calorias em aproximadamente 300 Kcal/dia para satisfazer as necessidades de crescimento fetal e do organismo da mulher que se encontra sob constantes alterações. Este aumento das necessidades é o suplemento de energia suficiente para suportar a gravidez. É muito importante que a grávida ingira alimentos saudáveis, que sigam as directrizes da pirâmide alimentar ou roda dos alimentos. Tendo por base as recomendações do Ministério da Saúde (2005) as quantidades de nutrientes a ingerir diariamente são:

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23%
- Fruta – 20%
- Lacticínios – 18%
- Carne, pescado e ovos – 5%
- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos – 2%

Tendo ainda em conta que dentro de cada divisão estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, para que possam ser regularmente substituídos, assegurando a variedade nutricional e alimentar.

Este consumo considerado adequado, pode ser conseguido à base de um regime alimentar saudável, em que a grávida deve procurar fazer: 3 refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) e 3 pequenas refeições intercaladas (meio da manhã, lanche, ceia). Também a ingestão hídrica de aproximadamente 1500-2000ml de água é recomendada, restringindo o consumo de açúcares e de alimentos com excesso de sal.

Uma boa nutrição durante a gravidez, é ainda preventiva de algumas doenças, infecções, ajudando a promover uma melhor cicatrização dos tecidos no pós-parto. Tendo em conta o papel desempenhado pelo Enfermeiro na educação para a saúde, é da competência deste, na consulta de vigilância pré-natal, avaliar os conhecimentos da grávida sobre as porções dos alimentos que deve ingerir e da frequência de refeições a fazer, assim como a preparação e confecção de alguns alimentos susceptíveis de serem veículos transmissores de doenças como por exemplo a toxoplasmose.

Neste âmbito, existem ainda alimentos cujo consumo deve ser incentivado, por serem uma fonte rica de algumas vitaminas e minerais e por estar comprovado cientificamente a sua importância para a gravidez é o caso do ácido fólico, cálcio, ferro, magnésio, zinco, vitaminas A, B, C, D, E. Destas vitaminas e minerais, salienta-se a importância de dois deles, o ácido fólico e ferro. O ácido fólico, porque está cientificamente provado que reduz em mais de 50% o aparecimento de malformações do tubo neural. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (26 de Julho de 2005), todas as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, devem consumir diariamente 0,4mg de ácido fólico, isto porque, as malformações ocorrem entre a terceira e a quarta semana de gestação, altura em que a grande maioria das mulheres ainda não sabem que estão grávidas. Deve igualmente consumir-se alimentos ricos em ferro, devido ao aumento fisiológico da volémia durante a gravidez, verificando-se nos primeiro e segundo trimestre uma diminuição dos valores de hemoglobina e de hematócrito o que leva à denominada anemia na grávida.

A anemia na gravidez pode condicionar uma menor oxigenação do feto e consequentemente um atraso do desenvolvimento intra-uterino, entre outras complicações. Deve ser feita essa compensação quer por suplementos, quer através de uma alimentação mais rica nestas vitaminas e minerais.

É importante que a grávida tome consciências que para o sucesso global da gravidez, a determinação da ingestão adequada de nutrientes específicos não pode ser efectuada unicamente com base no ganho ponderal. A qualidade desse aumento ponderal, é hoje reconhecida, como um factor importante para o desenvolvimento global do feto.

As recomendações universais apontam actualmente para um aumento ponderal entre 10 e 12 quilos. Destes 9Kg representam os produtos de concepção e os ajustamentos fisiológicos da gravidez (feto, placenta, liquido amniótico, hipertrofia uterina, aumento do volume mamário, aumento da volémia e dos líquidos retidos nos espaços intersticiais), e os restantes 1 a 3 quilos, correspondem ao aumento do tecido adiposo materno. Contudo, sabe-se hoje que, o ganho ponderal gestacional apropriado deve basear-se noutros factores extrínsecos, tais como a idade, a raça (o risco de uma mulher ter um filho com baixo peso ao nascer é maior numa africana do que numa mulher caucasiana com o mesmo aumento ponderal) (Graça 2005). O índice de massa corporal (IMC) prévio à gravidez deve ser tido em conta quanto menor for o IMC, maior pode ser o ganho ponderal durante a gravidez (Graça 2005).

É essencial que a grávida não utilize a gravidez como desculpa para excessos alimentares (a tão conhecida frase “comer por dois” é hoje um dos principais erros que a mulher grávida pode cometer), mas sim, aproveitar este período da vida para adoptar e manter hábitos alimentares adequados e estilos de vida saudáveis. Sabe-se hoje que a mulher que aumenta excessivamente de peso tem tendência para manter muito deste excesso de peso, após o parto. O que para além de estar associado a um aumento de probabilidades na ocorrência de complicações durante o parto, está intimamente relacionado com a obesidade e consequentemente com a predisposição para diversas doenças crónicas, tais como a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, como refere (Paiva et al 2007, pag.8) “A obesidade materna está associada a um aumento do risco de complicações materno fetais durante a gravidez, nomeadamente diabetes gestacional, hipertensão arterial, fenómenos tromboembólicos, macrosomia fetal, malformações do sistema nervoso central”. A Organização Mundial de Saúde para definir a obesidade utiliza o índice de massa corporal (IMC), que varia entre 25 a 29,9 Kg/m², quando o valor é superior a 30 Kg/m²

indica obesidade (WHO, 2000). Os investigadores Ray et al (2004) e Anderson et al (2005) referem que o excesso de tecido adiposo materno afecta o feto desde a fase embrionária até o parto e ambos afirmam que a taxa de malformações fetais é maior em mulheres obesas do que naquelas com peso normal.

A maioria dos autores que se dedica ao assunto, afirma que a associação obesidade/gravidez, aumenta a incidência de complicações maternas, levando mãe e filho a um risco acrescido no parto (Brost 1997, Mahan 2005). Na realidade, as mães que engordam muito podem ter bebés grandes para a idade gestacional, frequentemente com peso superior a quatro quilos, aquando do nascimento (macrossomia). Este excesso de tecido adiposo, numa fase tão precoce da vida do bebé, pode ser um risco para a obesidade se perpetuar ao longo da sua vida. O ganho de peso materno está associado ao nascimento de bebés com peso superior a 4Kg ou 4,500Kg, o que acarreta riscos para o momento do parto (Abrams et al, 2000). A principal causa de morbilidade nas grávidas obesas, são as doenças hipertensivas, predominantemente a toxémia gravídica. Na realidade, mesmo quando o peso é moderado, a ocorrência de hipertensão e pré-eclampsia é significativamente maior.

Durante a gravidez surgem contínuos ajustes fisiológicos, os quais afectam o metabolismo de todos os nutrientes. Estes ajustes são individuais, mas dependentes não só do estado nutricional pré – gestacional, mas também das determinantes genéticas (King, 2000).

A gravidez é um momento especial, pois para além da vida da mãe, existe a vida de um bebé. É uma fase, em que o estado nutricional da progenitora, tem uma relação directa não só com a sua saúde, mas também com a do bebé e que se estende muito além da vida intra-uterina - tem igualmente implicações no futuro desse bebé.

1.3 - Actividade física

A gravidez é ainda um momento propício para a adopção de comportamentos saudáveis, a transição para a parentalidade pode levar ainda à diferenciação de comportamentos, que tem como característica a capacitação da mulher para as alterações futuras. Muitas das mulheres que não praticam exercício físico adquirem este hábito, nesta etapa da vida, quando são confrontadas com alterações músculo-esqueléticas, nomeadamente a partir da 10ª semana, pois o útero deixa de estar

restrito à cavidade pélvica, evidenciando-se sobre a parede abdominal. O útero cresce e inclina a pelve para a frente, desviando o centro da gravidade da grávida, alterando a curvatura lombo sagrada, relaxando os ligamentos intercostais, o diafragma ascende diminuindo a capacidade respiratória da grávida. Devido ao deslocamento do centro da gravidade a postura e a marcha são também alteradas. Para minimizar estes efeitos o exercício físico durante a gravidez é extremamente importante, uma vez que desenvolve força muscular, nomeadamente a nível abdominal, contribuindo ainda para a expulsão do bebé no parto. Estudos revelam que as mulheres que praticam exercício, antes e durante a gravidez, não aumentam tanto de peso e têm bebés dentro dos parâmetros adequados e toleram também melhor a dor e o processo de parto (Mittelmark e tal 1991, Barros, 1999); também Couto (2003:21) citando Cordeiro refere que “...a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso...”

Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) as mulheres que praticavam desporto antes da gravidez, devem continua-lo ao longo do período de gestação, salvaguardando os casos de uma gravidez de alto risco. Segundo a mesma instituição é recomendado a prática de exercício 30 minutos por dia, se possível todos os dias da semana. No entanto, a grávida deve ser aconselhada a evitar algumas actividades físicas, como:

- Desportos de contacto que possam provocar qualquer tipo de lesão a nível abdominal (ex. artes marciais);
- Desportos em que haja risco de queda (ex. hipismo);
- Mergulho, porque pode ocorrer um acidente de descompressão e surgirem complicações para o feto (aborto, malformações, atraso de crescimento, etc.);
- Desporto praticado acima dos 1800m, porque pode haver uma diminuição do afluxo de oxigénio ao feto;

- ▶ Desportos que impliquem muita força na região dorso lombar, a partir do fim do primeiro trimestre, porque podem conduzir à diminuição da circulação sanguínea no útero.

Existem exercícios que as grávidas que tenham uma gravidez normal podem e devem continuar a praticar como natação, caminhar e andar de bicicleta, sendo que esta última é aconselhada que passe a ser estática para evitar acidentes. A actividade física melhora a circulação sanguínea e diminui alguns incómodos da gravidez, como a obstipação, lombalgias, varizes e fadiga, promovendo a redução do stress e das tensões físicas e emocionais. Uma boa preparação física permite à mulher uma melhor colaboração durante o trabalho de parto e uma recuperação mais rápida.

Também no que diz respeito ao exercício físico este deve ser orientado pelas Enfermeiras Especialistas, que também irão alertar a grávida para os benefícios da caminhada ao ar livre e nas ciclo vias.

A grávida é o principal foco desta investigação e para a integrar em todas as dimensões intervenientes no processo gravídico, voltaremos a falar da grávida consumidora quando se falar no ponto 2 no consumo e no ponto 3 no ambiente, interligando estas dimensões com a gravidez.

CAPÍTULO II – SAÚDE

“Os povos primitivos começaram por criar sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos e mágico-religiosos para explicarem o aparecimento das doenças e da morte. Mas a influência destas formas de pensar foi tão profunda e ficou tão vincada na formação cultural dos grupos humanos que continuou a fazer-se sentir geração após geração...”.

(Ferreira, 1990; p. 15).

Para falar de Saúde é necessário recuperar historicamente o conceito, à luz das diferentes culturas e sociedades, de forma cronológica. Inicialmente ela era incompreendida pelo homem primitivo. Após muitos milénios de estagnação e com um longo percurso de hominização parece ter sido o *Homo Sapiens Sapiens*, de há de uma ou duas dezenas de milhares de anos, devido ao aperfeiçoamento da mente, quem inicia as primeiras ideias sobre as causas da morte e das doenças, criando um sistema de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos e mágico-religiosos para explicarem o aparecimento das doenças e da morte (Ferreira, 1990).

Inicialmente o conceito de saúde começou por se manifestar em oposição ao conceito de doença, experiências estas subjectivas e únicas, variando de pessoa para pessoa e de sociedade para sociedade, dependendo da época, do local, da classe social, dos valores individuais e colectivos, mas também das concepções científicas e religiosas.

Os escritos sobre saúde remetem-nos para a antiguidade clássica, em que a concepção de saúde e de doença era mágica, acreditava-se nas causas sobrenaturais, procurando a sua resposta na religião. Na Grécia várias eram as divindades e Deuses ligados à Saúde; Higieneia era uma deusa que representava as práticas de higiene e limpeza, Panaceia representava o poder da cura enquanto crença mágica e religiosa. A cura, na época, era obtida através de plantas e rituais místicos; esta visão da saúde era fundamentada na religião e manteve-se até ao ano 460-377 A.C até ao aparecimento de Hipócrates, pai da medicina (Graça, 1999).

Pertence a Hipócrates, 460 anos antes de Cristo, a primeira interpretação natural do binómio saúde/doença, substituindo a causalidade divina pela causalidade física. Hipócrates explica as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Os seus escritos racionalizaram a medicina afastando-se da concepção mágico – religiosa; Hipócrates descreve quatro fluidos (humores) corporais, a bÍlis amarela, a bÍlis negra, fleuma e sangue, sendo a saúde encarada como o equilíbrio destes quatro elementos. O homem funcionava como unidade organizada e a doença como desorganização do equilíbrio.

Da interpretação sobrenatural evoluiu-se, nas civilizações antigas (grega, romana, egÍpcia), para uma interpretação natural. Nesta perspectiva as causas que determinavam o processo de saúde/doença tinham origem no corpo.

Galeno (129-199) teoriza sobre a saúde, descrevendo a doença como causa endógena e divide a saúde em: estado neutro e má saúde (Ferreira, 1990), dimensões que poderiam ocorrer isoladamente ou em combinação possibilitando nove combinações. Esta noção de saúde foi utilizada durante mil anos na medicina Ocidental (Ferreira, 1990; Graça, 1999).

No oriente, nomeadamente na medicina Chinesa e Hindu, a saúde e doença evoluíram não na perspectiva de Galeno, mas na perspectiva de Hipócrates, nomeadamente com a designação de força vital do corpo, a qual funciona harmoniosamente, caso contrário surge a doença; daqui derivaram terapias como Acupunctura na China e ioga na Índia, com o objectivo de normalizar o “Chi” na China e o “Prana” na Índia, ou seja a energia do corpo (Ferreira, 1990).

A Idade Média trouxe de volta a doença enquanto carácter religioso, sendo a cura uma questão de fé. Quem cuidava dos doentes eram, na sua maioria, ordens religiosas. A influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. Mas no final deste período, com o aparecimento das epidemias, voltou-se a suspeitar do contágio entre seres humanos a par das causas místicas, nomeadamente a bruxaria (Ferreira, 1990).

Paracelsus (1493-1541) teve um papel importante ao afirmar que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo e que os processos que ocorrem

no corpo humano eram químicos. Assim os “melhores remédios” para expulsar a doença seriam também químicos. Aos doentes administrava pequenas doses de minerais e metais, nomeadamente o mercúrio.

No Séc. XVII, com o desenvolvimento da mecânica, René Descartes, postulava um dualismo mente-corpo, o corpo funcionava como uma máquina. Simultaneamente surge o desenvolvimento da anatomia, a qual afasta a concepção humoral da doença, passando a ser localizada nos órgãos. No famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o “silêncio dos órgãos” (Ferreira, 1990).

Desde os finais do Séc. XVIII ao início do Séc. XX a medicina passou a ter novos recursos que possibilitaram a mudança social, nomeadamente na prática médica, a qual passou a ocupar um lugar central na saúde, o que se deveu em grande medida ao aparecimento do microscópio no Séc. XVIII e à descoberta da penicilina, por Pasteur, no Séc. XIX. O estudo da bacteriologia no Séc. XIX e a relação causal entre o agente e a doença, permitiu demonstrar a existência de micro organismos causadores de doença, o que contribuiu para o aparecimento das primeiras vacinas e produtos químicos, passando a medicina a ser considerada como ciência experimental. Pela primeira vez são conhecidos factores etiológicos que, à medida que vão sendo conhecidos, são identificados como causadores de doença, podendo agora ser prevenidos e mesmo curar a doença, o que em termos sociais possibilitou o aumento da esperança média de vida (Mechanic, 1968; Ferreira, 1999).

Em 1777, ano em que começou a ser publicado o *Systemeiner Vollständigen Medicinischen Polizei*, obra de Johan Peter Frank (1745-1821) que lançou o conceito de “Segurança Social”, embora com um carácter paternalista e autoritário, de polícia médica ou sanitária. Em 1883 Bismarck foi pioneiro na criação de um sistema de segurança social e de saúde, na Alemanha, numa altura em que estava a ser discutida a ideia da intervenção do Estado na área da saúde. Após ser criado na Alemanha, o sistema foi adoptado na França, após a Primeira Guerra Mundial e, progressivamente foi replicado em vários outros países. A grande mudança surge após a Segunda Guerra Mundial, na Grã-Bretanha, oferecendo ao povo inglês uma espécie de compensação pelos males da guerra. Jorge VI encarregou, em 1941, Sir William Beveridge de fazer um diagnóstico da situação. Dezoito meses mais tarde, foi criando um plano e surgiu o

Serviço Nacional de Saúde, destinado a fornecer protecção integral de saúde a toda a população, com recurso aos cofres públicos.

Com o desenvolvimento económico surge a possibilidade de usufruir dos benefícios, que as novas tecnologias punham ao serviço das populações, como é o caso dos aparelhos radiológicos com fins de diagnóstico. As comparações entre sociedades tornaram-se inevitáveis, as pessoas aspiram ter uma vida melhor, tanto a nível individual como familiar. Agregaram-se os aspectos físicos e biológicos, psicológicos e sociais, reconhecidos como causas de doenças. A medicina, começa a adquirir valor e importância social. A doença é estudada numa perspectiva global, analisando as situações, considerando o individuo integrado no ambiente onde vive e trabalha.

Surge a Epidemiologia com o primeiro estudo sobre cólera em Londres, feito pelo médico John Snow (1813-1858), o qual contabilizou a doença dando-lhe características numéricas de base social, com o recurso da estatística. A Epidemiologia enquanto disciplina teve um papel decisivo na elaboração de questões que abriram espaço para a relação ambiente saúde, nomeadamente com a tríade “Hospedeiro – Ambiente – Agente” elementos considerados fundamentais na génese das doenças. A relação entre saúde e ambiente possibilitou intervir de forma concreta em acções de mitigação dos riscos para a saúde em geral, no qual foram incluídos programas de prevenção. A metodologia epidemiológica, até então quase exclusivamente aplicada ao estudo das doenças transmissíveis, passa a ser também utilizada noutras situações; adquirindo importância nas relações Ambiente-Saúde . A concepção epidemiológica de uma tríade “ Hospedeiro-Ambiente-Agente” expressando a interação dos elementos julgados fundamentais na gênese das doenças, fornece a base para a elaboração de uma História Natural da Doença proposta inicialmente por Leavell e Clark (1965) A concepção e implementação deste modelo foram amplamente difundidas nas décadas de 50 e 60 pelos norte-americanos.

A tríade epidemiológica possibilitou o emergir da vigilância de saúde, a qual evidenciou três elementos básicos: o agente, o sujeito e o ambiente. O agente foi descrito como a causa ou origem da doença, desde os nutrientes, aos produtos tóxicos, às radiações aos microorganismos; o sujeito funciona como hospedeiro,

enquanto ser único com uma carga genética específica, idade e conduta social; o ambiente foi descrito enquanto o ar atmosférico, e o meio envolvente. Esta tríade, criou possibilidades de intervir de forma concreta em acções de mitigação dos riscos para a saúde em geral, no qual estão incluídos programas de prevenção. (Márcia Stanhope, Jeanette Lancaster, 2011). Mundialmente são hoje levantadas e discutidas questões que relacionam o ambiente e a saúde, algumas destas serão exploradas no capítulo referente ao ambiente.

Surgem os primeiros resultados sobre a história natural das doenças não transmissíveis, de evolução prolongada, bem como os factores que favorecem o aparecimento das mesmas. Mundialmente são hoje levantadas e discutidas questões que relacionam o ambiente e a saúde, algumas destas questões serão exploradas no capítulo referente ao ambiente

O consenso universal para o conceito de saúde, iniciou-se com um entendimento entre as nações, com a criação da Liga das Nações após a Primeira Guerra Mundial. Foi necessário uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde, para que o direito à saúde fosse reconhecido e que os estados se responsabilizassem pela sua protecção (OMS, 1946).

Com a divulgação da carta de princípios da OMS é reconhecido o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e protecção da saúde, definindo que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1946; p. 2) Este conceito reflectia, a necessidade de viver em plenitude, mas também de terminar com as guerras, a Saúde era a expressão de um direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os factores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, foi formulado em 1974 por Marc Lalonde, na altura titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, país onde o modelo médico inglês era aplicado. Este conceito de saúde abrange tanto a biologia humana, com toda a sua herança genética, processos biológicos e factores de envelhecimento e tem ainda em conta o ambiente, desde o solo à água, ar, habitação e local de trabalho, mas também o estilo de vida e a organização da assistência médica. Uma das componentes mais

importantes para a manutenção da saúde é a água potável e a alimentação saudável bem como a medicação necessária para alguma enfermidade.

A Conferência Internacional promovida pela OMS, em 1978 sobre os Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no actual Kazaquistão), efectuou a classificação internacional das doenças e elaborou de regulamentos internacionais de saúde bem como normas para a qualidade da água, desenvolvendo ainda um programa para a cooperação de países-membros, nomeadamente a nível das duas doenças transmissíveis de grande prevalência: a malária e a varíola, iniciando então programas de cooperação dos países membros com a finalidade de as erradicar, ou mitigar os seus efeitos.

A malária inicialmente foi combatida com insecticida, o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), retirado posteriormente devido à sua toxicidade. A varíola foi escolhida devido à sua grande mortalidade e à existência da vacina, assim na década de 60 inicia – se a vacinação em massa em todo o mundo, em 1977 foi registrado o último caso de varíola e em 1980 a OMS declara a doença como extinta e erradicada (Sowers, 2002)

A Conferência alertou ainda para as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacando a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e das comunidades no planeamento e implementação dos cuidados de saúde. Os países devem ter em conta as acções de saúde de forma simples e eficaz, quer para as famílias quer para a comunidade. A cada país cabe a elaboração e implementação de projectos para uma boa actuação no sistema de saúde, a qual possibilite um desenvolvimento social e económico do próprio país. A saúde vai ser assim uma expressão das condições económicas mas também da educação, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planeamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endémicas. A saúde deve resultar de uma agregação entre o sector da saúde e todos os outros da sociedade em geral, mas como consequência dos objectivos traçados pelos cuidados primários de saúde (Ribeiro, 2005)

Em 1986 a OMS expandiu o conceito, tornando-o mais objectivo, definindo-a como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (Ribeiro, 2005; p.75). Esta perspectiva ecológica da saúde, introduz uma nova dimensão da qualidade de vida e da necessidade de operacionalidade, definindo a saúde pela positiva, na medida em que cada indivíduo acciona as suas próprias características (WHO, 1986a).

O desenvolvimento científico decorrente das múltiplas áreas do conhecimento humano e a compreensão dos fenómenos sociais, bem com a sua influência no bem-estar das populações, veio determinar a evolução do conceito de saúde. Actualmente entende-se a saúde como um conceito dinâmico de difícil definição, mas que valoriza o homem, enquanto ser social, com capacidade de influenciar o meio mas também receber influências dele, adaptando-se constantemente, procurando um equilíbrio tanto a nível físico como social e ambiental; não se limita a prevenir a doença, o importante é manter a saúde e o bem-estar. São várias as disciplinas intervenientes neste processo com o objectivo de promover a saúde dos indivíduos, numa dimensão que considera o ser humano em todos os seus aspectos desde os físicos, emocionais, cognitivos, sociais e espirituais.

Para Goldim, “a introdução da noção de que a saúde é um processo continuado e interdependente de preservação de vida, criou uma nova dimensão social. A saúde passou a ser, também, um critério de cidadania” (2002, p.1). Assim podemos afirmar que todos os cidadãos são responsáveis pela prevenção e manutenção da sua saúde, mas também dependente de factores sociais, ambientais e das condicionantes físicas do organismo.

A saúde passou a ser encarada como um recurso da vida, pois é um elemento essencial na qualidade de vida, consequentemente implica uma adaptação constante às alterações que vão surgindo uma vez que a saúde nesta nova dimensão está interrelacionada com todos os aspectos da vida. A saúde passou assim a ser de responsabilidade individual e social reconhecendo-se numa visão holística, onde cada um tem um potencial próprio e necessidades diferentes, como refere Ribeiro a saúde

“Varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos da experiência humana.” (Ribeiro, 1998; p.85).

Neste sentido o que actualmente é importante não é encontrar um conceito de saúde considerado universal, mas sim procurar estratégias para se conseguir manter saudável, sendo para isso necessário promover a saúde.

O estilo de vida tem sido identificado como importante factor de comportamento individual capaz de prevenir a doença e promover a saúde (Ribeiro, 2005), o é que sugerido pela OMS na sua definição de saúde, pela dimensão Holística da mesma.

É sabido que do estilo de vida fazem parte a dieta alimentar, o exercício físico, o consumo de álcool, tabaco e drogas os quais se repercutem na saúde. Todos nós quer como cidadãos, quer como profissionais de saúde, temos a consciência da dificuldade de manter bons hábitos e sabemos o quanto é importante a promoção e a educação para a saúde, como instrumento fundamental, o qual possibilita fomentar a participação das populações de forma esclarecida e responsável o importante é, pois, promover e desenvolver estratégias de educação para a saúde.

2.1 – Educação para a Saúde e Promoção da Saúde

A educação pode ser uma ferramenta para otimizar a saúde e o bem-estar que pode ser definida como “um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos de infância, orientado para o conhecimento de si mesmo em todas as suas dimensões tanto individuais como sociais, e também do ambiente que o rodeia na sua ampla dimensão ecológica e social, com o objectivo de poder ter uma saúde colectiva” (Quesada, 2005; p 17).

Educar para a saúde é sensibilizar as pessoas para que procurem conhecer quais os benefícios de comportamentos adequados para o bem-estar, para que adquiram competências passíveis de transformar a realidade em que se encontrem melhorando não só em termos individuais mas em termos sociais e de responsabilidade social, de forma a preservar o seu bem-estar, procurando “criar condições para que as pessoas/comunidades se responsabilizem pela construção de

micro mundos mais saudáveis” (Varela, 1992, cit. Por Oliveira, 2004; p 31), ou seja “... encontrem maior bem-estar em todas as suas dimensões existenciais, da filosófica à espiritual” (Oliveira, 2004; p 43).

A educação para a saúde é uma actividade que visa difundir conhecimento dos factores fundamentais para melhorar, conservar e promover a saúde individual e colectiva através da mudança consciente e duradoura, através de comportamentos face à saúde. Pressupõe um envolvimento activo das populações no processo (OMS 1985).

A educação para a saúde tem como objectivo principal a promoção de atitudes e comportamentos positivos, promotores da saúde, a qual é facultada fornecendo a informação adequada passível de alterar comportamentos e pensamentos, se necessário. Embora ela tenha uma intervenção preventiva, instruindo a população para a prevenção da doença pois, a sua principal função não é evitar a doença, mas sim promover atitudes e comportamentos saudáveis, capacitando o ser humano e os grupos sociais.

A saúde e a sua promoção têm ocupado nas últimas décadas um lugar preponderante na sociedade, com o envolvimento da comunidade na educação para a saúde. A primeira conferência Internacional dedicada à promoção da Saúde, realizou-se no Canadá em Ottawa, em Novembro de 1986, estabeleceu com prioridade à saúde enquanto processo social e pessoal, alicerçado no bem-estar global, a par dos recursos necessários e dando ainda ênfase à promoção da saúde de forma holística. A promoção da saúde que tinha começado a ser equacionada com a Declaração da Alma Ata (1978) foi desenvolvida na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Esta carta, constituiu uma fonte de inspiração para posteriores acções, enquanto estratégia para incorporar todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental), está inserida numa estratégia global de protecção à saúde que visa o seu desenvolvimento nos vários sectores.

A Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1988, em Adelaide na Austrália, deu ênfase às políticas saudáveis, estabelecendo ainda que são as mulheres as principais promotoras de saúde no mundo. Esta conferência alertou ainda a população sobre os danos produzidos pelo tabaco e álcool, nomeadamente

durante a gestação, fomentando a importância da criação de ambientes saudáveis promotores de saúde e da conservação de recursos naturais.

A Terceira Conferência Internacional decorreu em 1991, em Sunduvall na Suécia com a temática de “Ambientes favoráveis à saúde” apelando às populações para se empenharem na promoção de ambientes que favoreçam a saúde em todas as suas dimensões: física, social, espiritual, económica e política.

A Quarta Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, decorreu em Jacarta na Indonésia, em Junho de 1997, a primeira realizada em num país em vias de desenvolvimento, procurou desenvolver estratégias para responder aos desafios do séc. XXI.

Em Junho de 2000 na V Conferência sobre Promoção da Saúde concluiu-se, que em todos os países, a promoção da saúde deve ser parte essencial e necessária das políticas e programas públicos, a fim de promover equidade e saúde para todos.

Todas as conferências reconheceram a necessidade de educação para a mudança de comportamentos. Nesta perspectiva os programas de saúde necessitam de profissionais das diversas áreas de conhecimento para assegurarem com alguma efectividade o compromisso da promoção de saúde. As políticas governamentais dos países em geral, incluindo Portugal, têm sido norteadas pelos valores e princípios decorrentes destas conferências, procurando implementar programas e projectos.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003) refere que nos últimos 25 anos nomeadamente a nível das políticas públicas, o objectivo não tem sido só assegurar os serviços, mas fazer com que os mesmos encontrem meios de promover a saúde, delineando objectivos e estratégias, a fim de dar cumprimento ao emanado pela Carta de Ottawa, a qual refere que a saúde resulta da capacidade e iniciativas dos indivíduos, juntamente com os profissionais de saúde, mas também integrando a rede social de apoio com o meio ambiente físico e social, reconhecendo ainda a importância das determinantes sociais e culturais da saúde, dos estilos de vida do meio urbano e do local de trabalho (WHO, 1986).

A Promoção da Saúde é hoje reconhecida, global e holisticamente, procurando a promoção de meios que permitam tornar a vida mais saudável. É um amplo processo que capacita os indivíduos e as comunidades ao auto-controlo da saúde, salientando

que para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos ou grupos têm de identificar e realizar os seus próprios objectivos, a fim de satisfazer as suas necessidades, adaptando-se ou modificando o meio (WHO, 1986 b)

Tanto a Promoção da Saúde como a Educação para a Saúde surgem na maioria das vezes associadas, embora com significados diferentes. A promoção da Saúde é um conceito mais amplo, integrando várias estratégias sendo a Educação para a Saúde uma delas.

O conceito de promoção da saúde assenta no paradigma salutogénico, o qual valoriza os factores que interferem positivamente na saúde. A acção sobre aqueles factores, tem que ser multidireccional e multidimensional e deve fazer apelo ao contributo de diferentes disciplinas e sectores. Este paradigma valoriza a rede de factores que determinam positivamente a saúde e a cultura do desenvolvimento individual e organizacional, em oposição ao paradigma patogénico, biomédico, organicista, orientado para a causa específica da doença Graça (2000).

As primeiras definições de educação para a saúde tinham como objectivo a aquisição de conhecimentos e atitudes, as quais eram materializadas em comportamentos individuais e colectivos no que diz respeito à Saúde. No entanto não abordavam factores ambientais que como se sabe influenciam e condicionam comportamentos Sanmarti (1990).

Esta lacuna tem sido contestada, nomeadamente pelo autor citado, no que diz respeito aos comportamentos de saúde, pois dependem dos factores internos e externos, nos quais se englobam os psicossociais, socioculturais, físicos e ambientais, que quando desfavoráveis, condicionam a saúde negativamente.

Educar para a saúde não pode ser unicamente uma transmissão de conhecimentos; é imprescindível que se consolidem meios que fomentem a mudança, a qual será mediada por profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, com o envolvimento da comunidade e os grupos sociais para que, em conjunto, se adoptem condutas positivas promotoras de saúde.

Em síntese, pode dizer-se que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante as suas vidas, preparando-as para as etapas de vida de forma a

enfrentarem os vários desafios com que se podem deparar, quer em termos individuais, quer em termos comunitários, “ ...a promoção da saúde implica devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo primordial da promoção da saúde no futuro poderia assim, ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade” (Ribeiro, 1998; p 69)

Assim, a educação em saúde passa a ser entendida como uma prática intencional e planeada, na qual os indivíduos consigam ter domínio sobre o seu corpo através de aprendizagem contínua sobre a saúde e doença, conseguindo assim a mudança de comportamento, estando ainda ligadas ao exercício da cidadania, aos direitos e deveres do cidadão, na sua responsabilidade de luta por melhores condições de vida.

CAPÍTULO III – CONSUMO

O consumo é um fenómeno social complexo, condicionado por inúmeros factores, com influência sobre a vida humana e do Planeta. É um processo abrangente, que se inicia com a compra de um objecto/produto enquanto figura material, antecedido muitas vezes por um desejo individual só satisfeito por meio do consumo. Rochefort (1995) tece uma série de considerações sobre o consumo na actualidade dizendo que o mesmo emerge da relação entre a necessidade e o prazer, o que dificulta o estabelecimento de fronteiras para o próprio consumidor, do que é um bem ou uma satisfação momentânea, é como se existisse um imaginário inconsciente aquando da compra.

O consumo é na actualidade uma temática central geradora de debates com diferentes dimensões, no entanto irei procurar centrar o debate nos valores e nas práticas envolvidas no mesmo. O consumo é um instrumento de escolha pessoal, o qual satisfaz as necessidades pessoais, mas também demonstra a forma de estar e de expressar de cada indivíduo. O consumo pode ainda fomentar o prazer, a felicidade ou realização pessoal, gerando nos indivíduos significados diferentes, consoante a sua maneira de estar; o consumo oferece aos indivíduos, a possibilidade da produção das diferenças Baudrillard (1998).

Consumir deriva do latim *consumere* que significa fazer desaparecer, pelo uso ou pelo gasto, e para compreendê-lo é necessário fazer uma pequena retrospectiva histórica. A revolução do Consumo antecedeu a Revolução Industrial, e esta funcionou como elemento na modernização ocidental. No século XVIII, surgem novos produtos oferecidos a todos os segmentos sociais. Estas transformações afectaram a extensão cultural e novas formas de consumo. Da passagem do consumo familiar para o consumo individual; na primeira os estilos de vida eram visíveis e definidos pelas suas roupas, padrões alimentares, até mesmo as actividades de lazer estavam bem definidas, o que era permitido ou não, a determinados grupos sociais, mas esta dependência entre posição social e estilo sucumbe, e na sociedade contemporânea, o que passa a imperar é o critério da individualidade quando se escolhem os bens a consumir Lipovetsky (2007).

A sociedade de consumo é reconstituída por Lipovetsky o autor passa pelas diferentes fases do capitalismo de consumo, descrevendo vários ciclos onde o primeiro é iniciado por volta dos anos 1880, com a produção e consumo de massas e da invenção do marketing, dando início à construção do consumidor moderno. O segundo ciclo começa por volta de 1950 consolidando-se ao longo das três primeiras décadas do pós-guerra, o denominado período áureo do capitalismo considerado por Lipovetsky como o modelo mais puro da sociedade de consumo. Ocorreram nele a revolução comercial e o início das novas estratégias de marketing bem como a segmentação do mercado, muito centrado nos factores socioculturais, e na busca da felicidade pelo consumo, em função dos objectos, do conforto e da melhoria das condições de vida. Segundo Lipovetsky após este ciclo surge uma nova fase, a do hiperconsumo. Esta sociedade caracteriza-se pela modificação dos comportamentos de consumo anteriores, passando a um consumo emocional ou experiencial, voltado para a satisfação individual na procura de status social. Posteriormente surgem formas de consumo responsável, demonstrando consciência do consumidor (Lipovetsky, 2007) sendo esta que caracteriza a terceira fase do consumo, a que vivemos actualmente. O “consumo consciente” significa consumir melhor, com mais qualidade e de forma mais responsável para com o ambiente.

O consumo pode ser definido como “o conjunto de processos sócio culturais em que se realizam a apropriação e os usos dos produtos. Esta caracterização ajuda a enxergar os actos pelos quais consumimos como algo mais do que simples exercícios de gostos, caprichos e compras irreflectidas, segundo os julgamentos moralistas, ou atitudes individuais...” (Canclíni 1999, p. 77). Este autor descreve o consumo como um espaço de interacção entre o produtor e o consumidor, onde o produtor seduz o consumidor e o acto de consumir “é participar de um cenário de disputas por aquilo que a sociedade produz e pelos modos de usá-lo” (Canclíni 1999, p. 79). Assim o consumo torna-se acto de interacção e inclusão social definido o indivíduo enquanto cidadão, mediante trocas sócio culturais, fazendo a distinção entre classes e grupos.

O consumo contemporâneo insere-se numa cultura de individualismo, segundo alguns críticos e comentadores (Lipovetsky, 2007; Sennett, 1998; Bauman, 1998), o problema do individualismo no consumo está assente na queda de valores e na

efemeridade das relações, e dos desejos individuais, estes últimos muitas vezes estimulados pela publicidade e materializados depois nos bens ou serviços, onde o prazer e a felicidade são vividos individualmente. Os ideais contemporâneos de felicidade e realização pessoal, relacionados intrinsecamente com a cultura do consumo, são transversais a todas as classes sociais. O que é consumido não define, em si mesmo o valor que o objecto tem, o que importa é o sentido que o objecto adquire dentro de um projecto individual de felicidade, bem-estar e realização (Lipovetsky,2007).

A melhoria das técnicas de produção de bens de consumo originou nas sociedades actuais diversidade a baixo custo. Uma sociedade de abundância em oposição à escassez de tempos mais antigos, o que levou à padronização dos estilos de vida dos países com economia capitalista. Rochefort (1995) também compara o consumo, na sua obra sobre a sociedade de consumo, ao prazer, e à satisfação do acto de comprar enquanto acto lúdico. Refere ainda que o consumidor passou a ser mais exigente, nomeadamente no que concerne aos produtos biológicos e benéficos para a saúde, nesta investigação uma das questões é perceber quais as motivações que levam a grávida a adquirir determinado produto, para depois inferir quais são os seus valores.

As regras actuais já não se regem unicamente pela economia, mas sim por novos valores, muitos deles com preocupações ecológicas e ambientais. Começa a ser exigido que os bens sejam mais duráveis e menos efémeros, invertendo assim alguns valores do passado (Rochefort; 1995).

De entre vários segmentos de consumo, recentemente as preocupações com a saúde têm despoletado nos mercados vários argumentos de venda, com oferta de um leque muito amplo de produtos que prometem ao consumidor serem capazes de manter ou melhorar a saúde. Eles resultaram de, estudos de mercado que mostraram, os anseios dos consumidores face à saúde e bem-estar. Por exemplo os bens de primeira necessidade, como a alimentação têm sofrido uma crescente e criativa oferta como o é o exemplo do pão sem colesterol, dos iogurtes com vários aditivos, ora para reduzir os níveis de colesterol, ora para reforçar o sistema imunitário e ainda uma panóplia de suplementos alimentares divulgados diariamente na comunicação social através da publicidade, todos destinados a melhorar a saúde.

3.1- Consumo e implicações na saúde

O que consumimos tem repercussões na nossa saúde, a análise que pretendemos efectuar será essencialmente dedicada ao consumo alimentar, no entanto serão abordados outros tipos de consumo com capacidade de influenciar a saúde, uma vez que se relacionam com estilos de vida. É ainda importante reflectir sobre a segurança dos produtos e serviços que consumimos e a forma como consumimos, seja pela ingestão de alimentos, seja pela aquisição de produtos ou serviços.

Na segunda metade do Sec. XX face aos avanços da epidemiologia, reconheceu-se uma relação causal entre as doenças crónicas, e de carácter cardiovascular, com a alimentação e estilos de vida, alterando assim a nossa relação com os alimentos, passando a dieta alimentar a ter uma relação directa com a saúde, de tal forma importante na actualidade, que um dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (2004-2010) foi “ uma abordagem de promoção da saúde e preventiva do excesso de peso e obesidade, de âmbito intersectorial, nomeadamente, entre os sectores da saúde, social, alimentar, educacional e cultural, como também preparar medidas compreensivas de prevenção e gestão contra a obesidade” (PNS 2º Vol, p.77)

A má nutrição é um dos flagelos das nossas sociedades com consumos exagerados de origem animal, com excesso de gorduras (nomeadamente as saturadas), mas também o sal, o açúcar, a par de uma baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, em determinados grupos da população. A OMS de 2 em 2 anos tem lançado um Relatório Mundial de Saúde que tem como objectivo fornecer informação aos países e organizações internacionais, entre outros, sobre a capacidade de decisão na implementação de políticas de financiamento na área da saúde, bem como detectar e corrigir problemas relacionados com a saúde e desde 2002 vem alertando para os erros alimentares e para a obesidade considerada como flagelo da humanidade, alertando para a relação alimentação com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo, assim, um importante factor de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes mellitus e alguns cancros.

Em 2010 a OMS publicou o Relatório Mundial de Saúde, subordinado ao tema “Health systems financing: the path to universal coverage”, este relatório teve como preocupação fundamental orientar para o desenvolvimento da saúde de forma sustentada, tentando orientar para um financiamento sustentável da saúde, para que o mesmo tenha a capacidade de dar resposta a todas as populações, diminuindo as desigualdades e redistribuindo a riqueza. É necessário que, segundo a OMS, “antes de cortarmos nas despesas em saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência... estima que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são actualmente desperdiçados por ineficiência” (OMS, 2010;p 6).

3.1.1 – Riscos para a saúde

Não só o que o ser humano consome pode contribuir para a sua saúde, mas também o estilo de vida é fundamental.

Em 2002, segundo os dados do World Health Report (2002), Portugal era o País da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo, a inactividade física contribuía com 3,3% para o peso da doença, cerca de 3/4 da população com 15 anos dizia que a sua principal actividade de tempos livres era ler e ver televisão ou outras actividades sedentárias. O relatório de 2006 veio reforçar o de 2002 alertando para a obesidade infantil. Após estes diagnósticos a OMS tem-se dedicado a orientar a gestão dos recursos, para que exista uma intervenção primária eficaz. Segundo a World Health Organization (2006), há excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30.

A obesidade é considerada a segunda causa de morte, a seguir ao tabagismo, passível de prevenção. Estima-se que em Portugal os custos directos da obesidade absorvem 3,5% das despesas totais da saúde. Em Portugal, 44,1% dos homens e 31,9% das mulheres apresentam pré- obesidade (IMS 25 – 29,9), 14,5% de Homens e 14,6% das Mulheres são obesos (IMC \geq 30) Direcção Geral de Saúde (2005).

Pensa-se que o aumento da obesidade a nível mundial se deve ao grande aumento do sedentarismo, mas também a uma alimentação cada vez mais energética

face à grande ingestão de gorduras de açúcar e álcool, cerca de 60% da população mundial não pratica actividade física regular (WHO, 2006)

Biologicamente o ser humano tem necessidades nutricionais, que devem ser respeitadas, para produzir energia de forma a manter as funções do organismo. Os nutrientes contidos nos alimentos podem dividir-se em macro nutrientes e micro nutrientes, os macros nutrientes são: os carbo-hidratos, proteínas e lipídeos e os micro nutrientes são as vitaminas e os minerais. Todos eles devem corresponder a proporções adequadas para uma boa manutenção da vida e do bem-estar. É ainda importante ter em conta as condições de segurança alimentar, pois cada alimento tem um tempo de vida ao fim do qual começa a deteriorar-se, tornando-se impróprio para consumo. Quando esta degradação não é visível pode pôr em risco a saúde do consumidor, causando doenças, com a presença de microorganismos patogénicos. Para além destes riscos biológicos existem ainda riscos de natureza química como pesticidas, metais pesados ou medicamentos capazes de alterar a saúde do ser humano. Existe na actualidade alguma insegurança alimentar no que diz respeito às práticas agrícolas, que podem ser um importante veículo de exposição a muitos agentes patogénicos e compostos químicos, tóxicos ou contaminantes, que podem ser introduzidos nos alimentos durante o cultivo, a colheita, a produção, ou armazenamento. Também os contaminantes industriais: dioxinas (formados a partir da combustão de resíduos e combustíveis, transmitidas através da gordura animal), os alergéneos muitas vezes presentes em amendoins ou nozes são prejudiciais à saúde. A inspecção e a monitorização da qualidade alimentar são, portanto, necessárias para assegurar a segurança alimentar. As doenças alimentares são uma ameaça crescente para a saúde humana, em particular para as pessoas mais pobres, também as mais vulneráveis, devido à dificuldade no acesso a produtos de qualidade.

Outros agentes biológicos ou químicos existentes nos alimentos, são oriundos de organismos do meio ambiente como é o caso das salmonelas, príões proteicos (como a variante Creutzfeldt-Jakob ou a “doença das vacas loucas”); agentes patogénicos com origem nos alimentos: *Campylobacter jejuni* (o agente patogénico mais comum na galinha), *Listeria monocytogenes* (contamina carne e vegetais), entre outros. A OMS aconselha os países membros a reforçar os sistemas de vigilância e

Portugal tem um compromisso com a Região Europeia da OMS, que integra desde 1990, e actualmente encontra-se em vigor o Programa de Vigilância e Controlo das Toxinfecções Alimentares Colectivas (PLN 1vol 2004-2010).

Para conhecer e compreender o comportamento do consumo alimentar é necessário perceber que existem diferenças entre homens e mulheres. Romanelli (2006) defende que as mulheres têm maior acesso e interesse do que os homens às informações sobre a alimentação e saúde, sendo elas também agentes de transmissão das regras alimentares e hábitos gastronómicos. A actualidade é também condicionada pelos estilos de vida acelerados, não sendo só importante o que se come, mas como se consome, existindo uma preferência por produtos pré cozinhados, ou snacks preparados à base de farinha e com um valor nutricional baixo, incapaz de satisfazer as necessidades nutricionais, acarretando preocupações com a saúde Rampersad, Babrie & Comissiong, (2003).

Avaliar o consumo alimentar é complexo, uma vez que comer envolve várias dimensões, desde biológicas, socio-económicas e culturais, o que torna difícil reconhecê-las na sua individualidade. Kotler (2000) afirma que os factores culturais exercem uma grande influência, pois o factor cultural é essencial no estudo do comportamento humano uma vez que é a cultura que ensina os indivíduos a desempenharem o seu papel na sociedade. Para Romanelli (2006), a comida é um meio sobre o qual as diferentes sociedades adquirem uma representação própria, dando a possibilidade de definir uma identidade, distinta de sociedade para sociedade, construindo assim os diferentes hábitos alimentares e uma identidade social dos seus consumidores.

Como vimos a alimentação tem um papel relevante para a saúde dos indivíduos, mas é principalmente nas etapas da vida caracterizadas pelo aumento das necessidades energéticas e nutricionais, como a gestação, fase de crescimento intra uterino, em que ocorrem grandes transformações metabólicas e orgânicas num curto espaço de tempo. As grávidas são o grupo-alvo deste trabalho, pelo que a pesquisa sobre os consumos alimentares se restringirá a este grupo. São poucos os trabalhos encontrados sobre consumo alimentar de grávidas, e quando surgem restringem-se aos registos da frequência da alimentação na história alimentar. Azevedo e Sampaio

(2003) estudaram 99 grávidas do serviço público de Fortaleza, no Brasil, recorrendo a um questionário de registo alimentar durante 24 horas e 3 dias. A base de adequação alimentar foi de 2500Kcal/dia com 60gr/dia de proteínas, concluindo que 63,9% das grávidas apresentavam um consumo inferior a 90% das necessidades energéticas, sendo a média de ingestão de 2347 Kcal. A maioria apresentava um consumo de proteínas, adequado mas um consumo de lípidos inadequado. A dieta encontrava-se ainda inadequada em relação ao consumo de cálcio, zinco, ferro, vitaminas B1 e ácido fólico. Também Giddens et al (2000) realizou um estudo comparativo com 97 grávidas adolescentes e adultas, no estado de Ohio, o qual decorreu durante 7 dias consecutivos e concluiu que o consumo energético das grávidas adolescentes foi superior ao das grávidas adultas, embora a distribuição de nutrientes macro e micro fosse similar nos dois grupos. A média de ingestão de cálcio, magnésio, ferro, zinco, vitamina D e E e fibra em ambos os grupos foi inferior ao recomendado. Concluíram ainda que o consumo nutricional foi baixo em ambos os grupos o que indica uma necessidade de reforçar o suporte nutricional. Outro estudo Brasileiro com uma amostra de 110 grávidas obesas, concluiu que a ingestão de proteínas e lípidos se encontravam no limite superior ao recomendado pela OMS; 40% das grávidas estudadas apresentavam deficiência sub clínica de ferro Nascimento e Sousa (2002).

3.2 – A grávida consumidora

A grávida enquanto consumidora é um alvo fácil da publicidade, com estratégias bem pensadas para esta etapa da vida da mulher. A ida às compras, na actualidade, não se resume à aquisição de bens, tornou-se também um momento de lazer e de ocupação dos tempos livres, com espaços comerciais atractivos com diferentes possibilidades.

As grávidas representam um número relevante para o mercado em termos de comportamento de consumo. “Na fase da gravidez os hábitos de consumo geralmente são modificados, principalmente no que diz respeito à alimentação. Gestantes sentem novas sensações e ocorrem mudanças de humor constantes, o que influencia directamente o consumo” (Pena, Coutinho, Pépece, 2010, p. 3). Os empresários são perspicazes em captar as necessidades das futuras mães e também de lhes criar

outras. Um exemplo destas necessidades é a hidratação da pele, a qual nesta fase assume alguns contornos de maior importância devido ao rápido aumento de volume abdominal, onde as ofertas podem ser confusas e até mesmo angustiantes em termos de escolha.

É a partir do consumo que a grávida vai respondendo às suas necessidades, mas também às do futuro bebé. Parece que durante este processo a mulher está mais desperta para as consequências directas e indirectas do que consome uma vez que está mais reflexiva. A grávida faz uma reflexão sobre o seu passado e perspectiva o futuro (Ammaniti et al, 1999)

Sem descorar as alterações físicas da grávida o processo gravítico faz com que a mulher se envolva de afectividade e perspetive o futuro do casal e do seu filho em suma da família. Muitas destas perspetivas futuras passam pela aquisição de bens de consumo, desde a escolha de tintas para o quarto do bebé a uma panóplia de objectos, alguns quase inimagináveis. Esta família a que eu me refiro é pois uma unidade económica ao dispor do mercado de consumo e ela própria com necessidades consumistas.

As necessidades que a grávida perspectiva para o seu bebé, visam uma série de valores que se manifestam em objectos e a necessidade de os possuir, materializando assim o seu desejo real ou imaginário com a aquisição de objectos sentidos como necessários pela grávida. As escolhas são determinadas pelo estilo de vida e pela sociedade, como refere (Baudrillard 1995: 69-70): “ A escolha fundamental, inconsciente e automática do consumidor é aceitar o estilo de vida de determinada sociedade particular (portanto deixa de ser escolha!) – acabando igualmente por ser desmentida a teoria da autonomia e da soberania do consumidor.”

Baudrillard (1995) mostra que o consumo não é uma escolha pessoal; mas sim a escolha de um grupo, ou seja, os consumidores não têm o poder de escolha, ao escolherem não escolhem o objecto mas sim o adequado para o grupo social ao qual pertencem, devem consumir determinados produtos muitas vezes sugeridos por campanhas publicitárias, que possibilitarão ao indivíduo a aquisição de determinados valores, e neste sentido a grávida irá pertencer, não só ao grupo de grávidas, mas também ao seu grupo social.

É a “sociedade de consumo”, na qual vivemos que segundo Lipovetsky (2007) leva à abundância de mercadorias e de serviços, onde o culto a determinados objectos vai para além da sua necessidade. Também na grávida o consumo é motivado pela variedade e efemeridade dos bens, dos conceitos da moda, mas também por meio de conselhos dados por profissionais de saúde direccionando para as aquisições de bens ou serviços.

O consumo está motivado pela aceitação do indivíduo em determinado grupo, mas as preocupações da grávida vão além destas, pois relacionam-se com o futuro do seu filho e na maioria das vezes este é um motor importante para alterar comportamentos.

A sociedade actual impõe a todos e também à grávida um retrato individualista na sua forma de ser e estar, podemos mesmo falar numa forma de egocentrismo, uma vez que a realidade leva a que cada vez mais cada um olhe para si. A mulher não se separa dessa realidade mundial, os seus hábitos mudaram radicalmente, a grávida actual não é só a futura mãe é também, esposa, dona de casa e profissional. A era moderna faz com que a mulher se sinta gratificada pelos esforços e sobrecargas diárias e isso leva-a também a consumir, mas devido à sua futura condição de mãe será que altera a sua maneira de pensar e consumir?

O desafio deste trabalho é entender se a gravidez vai introduzir algumas mudanças nas práticas e valores face ao consumo, procurando também saber quais as suas opções enquanto consumidora, se procura informar-se mais sobre aspectos relacionados com segurança e origem dos produtos, verificando rótulos e composição dos produtos entre outros aspectos.

3.3 – Consumos nocivos na grávida

Uma das recomendações do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 foi a promoção de comportamentos saudáveis de forma a combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida. Nomeadamente no que concerne ao consumo de álcool e de tabaco, a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a insuficiente actividade física, a má gestão do stress, o abuso de drogas,

bem como a factores de natureza socioeconómica, geradores de fenómenos de violência e exclusão social. De todos os consumos nocivos à saúde do ser humano, foram considerados prioritários a diminuição do consumo do tabaco e do álcool.

Os efeitos do consumo de álcool, tabaco e drogas na gravidez estão amplamente estudados e bastante divulgados, pelas consequências reconhecidas desde recém-nascidos com baixo peso aos problemas respiratórios e alérgicos. O consensual não só no colégio de Obstetrícia e Ginecologia Americano, mas também no Português é que a grávida não ingira álcool durante a gestação e período pré-concepcional.

Um estudo Brasileiro revelou que das 440 grávidas entrevistadas, 66,3% não consumiram bebida alcoólica, 17,8% consumiram durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que ocorreu em média com 9,6 semanas; 98,7% das grávidas consumiram nos finais de semana e/ou em festas e 1,3% diariamente (Zuleika e Miriam, 2004)

Segundo Júnior (2005) muitas mulheres modificam os seus hábitos ao saber que estão grávidas no entanto estas alterações são difíceis de quantificar, nomeadamente a de ingestão de álcool, que tem aumentado nos últimos anos, são dados difíceis de obter durante a consulta, quer pela dificuldade em caracterizar os próprios valores limite de consumo, quer pela omissão ou negação da informação por parte da grávida. Um estudo nacional conduzido por Júnior (2005) demonstrou que cerca de 20% das mulheres, ainda recorrem a consumos de bebidas alcoólicas, com alguma regularidade.

Também os efeitos do tabaco e as consequências por ele produzidas já estão bem estudados. Tem igualmente efeitos nefastos na gravidez, associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, parto pré-termo, baixo peso ao nascer e morte fetal in útero (Lima J. 2002; Dolan, 1994). A nicotina aumenta as contracções musculares do útero, o que leva ao risco aumentado de deslocamento precoce da placenta. A frequência cardíaca do feto aumenta minutos após a grávida fumar um cigarro, uma vez que o coração é obrigado a trabalhar mais, com menos oxigénio (ROSEMBERG et al., 2003).

Embora com o conhecimento dos riscos do tabaco existe ainda um número significativo de grávidas fumadoras. Um estudo levado a cabo na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria em Lisboa, com uma amostra de 475 puérperas, verificou que 142 (30%) mulheres eram fumadoras antes de engravidar. Destas, 50 (35%) deixaram de fumar durante a gravidez. As mulheres que mantiveram este hábito reduziram significativamente o consumo de cigarros, passando de 19,3 para 10,5 e de 8,8 + 7,9 cigarros/dia (Correia et al, 2007).

Um outro consumo comum é o uso dos medicamentos durante a gravidez, onde devido às incertezas todo o medicamento deve ser considerado nocivo até que se prove o contrário (Castro, Pangartten e Silver, 2005). É de salientar a contradição apontada pelo grupo de colaboradores de estudos do uso do medicamento na gravidez, que referem que com alguma tranquilidade se valoriza mais o benefício do que o risco do medicamento (CGDUP, 1992), onde o enfoque é dado às potenciais perdas pela não utilização. Relataram ainda que estas práticas são muitas vezes baseadas em grande empirismo, onde o que está subjacente é a ideia de que o medicamento é uma entidade reconhecida e estudada, daí ser seguro o seu uso na gravidez.

O uso do medicamento durante a gravidez deve ser encarado com cuidado e sujeito a avaliação do risco/ benefício devido às implicações que possa ter para o feto. Existem alguns estudos que demonstram a frequência de exposição da grávida ao medicamento, nomeadamente um estudo que refere que 99% das grávidas incluídas no estudo tomaram pelo menos um medicamento prescrito durante a gravidez (Lacroix et al 2000). É de ressaltar que o uso de medicação na grávida envolve não só a mãe como o feto, o preocupante não são tanto os medicamentos prescritos, mas sim a toma de medicamentos de venda livre, sem prescrição.

O consumo de café em excesso também pode não ser benéfico para o feto uma vez que a cafeína que é uma metilxantina, que atravessa com facilidade a barreira placentária, passando a substância para o líquido amniótico através do sangue do cordão umbilical, está presente no café, no chá, no chocolate e alguns refrigerantes, e em alguns medicamentos, embora “estudos em animais indicam que a cafeína leve à diminuição no crescimento intra-uterino fetal, redução do peso ao nascer, reabsorção

fetal e teratogénese, nos estudos epidemiológicos os achados são, ainda, inconclusivos. Pelo fato de os alimentos com cafeína serem amplamente consumidos na gravidez, é importante avaliar se o uso dessa substância está associado com a redução da idade gestacional...” (Souza, Chichieri, 2005, 643). As duas autoras efectuaram uma revisão sobre o que tem sido investigado a este respeito concluindo que “O interesse no estudo da cafeína é baseado no fato de que o clearance da cafeína é alterado durante a gravidez, sobretudo no segundo e terceiro trimestres, quando a meia-vida da cafeína é de cerca de sete e dez/onze horas, respectivamente, quando o normal é de duas horas e meia a quatro horas e meia em mulheres não grávidas. Esse aumento da meia-vida da cafeína nas mães coincide com o período durante o qual o desenvolvimento fetal é exponencial e então um acúmulo dessa substância pode representar um potencial risco para o feto e para a placenta, que é a responsável pela transferência de nutrientes” (Souza, Chichieri, 2005, 645), pelo que recomendam que até que ocorram investigações mais conclusivas o consumo de café deve ser reduzido durante a gravidez. Contudo Graça (2005) refere que a cafeína, desde que consumida moderadamente (abaixo dos 300 mg/dia, o que corresponde a 2 a 3 chávenas de café ou volume equivalente de bebidas com cafeína) não tem implicação conhecida no crescimento fetal.

Sendo os centros de saúde um espaço de educação e promoção da saúde devem fazer parte destes serviços, não só consultas, mas também programas que possibilitem a formação adequada de cidadãos informados e empenhados em melhorar a sua saúde e os estilos de vida, juntamente com a comunidade.

Também no que concerne às grávidas o papel do centro de saúde deve ser activo de forma a proporcionar informação e conhecimento durante esta etapa da vida da mulher.

CAPÍTULO IV – AMBIENTE

As últimas décadas, foram caracterizadas por um crescimento rápido e pouco planeado, nos centros urbanos aglomeraram-se pessoas e casas de forma desordenada. Os avanços tecnológicos com novas formas de produção alteraram hábitos na população, criando novos padrões de consumo que levaram à depleção ambiental e consequentemente a alterações ambientais.

O Artigo 5, lei nº 11/87 de 7 de Abril definiu ambiente como um “conjunto dos sistemas físicos, químicos, biológicos e suas relações e dos factores económicos, sociais e culturais com efeito directo ou indirecto, mediato ou imediato, sobre os seres vivos e a qualidade de vida do homem”. Esta definição de ambiente possui uma visão integrada do homem com tudo o que o rodeia, qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do ambiente, despoletada por qualquer forma de matéria ou energia, resultante das actividades humanas quer directa quer indirectamente, afectam a saúde, a segurança e o bem-estar da população, as actividades sociais e económicas, bem como a qualidade dos recursos ambientais.

As preocupações com o ambiente tem feito emergir a educação ambiental, os diversos encontros internacionais, nomeadamente a Conferência de Tbilisi, que deliberou sobre a educação ambiental no âmbito das ciências biológicas, assim como a Terceira Conferência Internacional sobre Educação Ambiental em Moscou entre outras, contribuíram para fomentar a sua complexidade e abrangência. A partir de 1987 com a divulgação do Relatório Brundtlandt, também conhecido como “Nosso futuro comum”, o qual defendeu o “desenvolvimento sustentável”, ou seja “O desenvolvimento que satisfaz as necessidades da geração presente sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades” (Relatório Brundtland, 1991:46), iniciando um ponto de inflexão no debate sobre a necessária compatibilização entre o crescimento económico e o ambiente; apresentou uma visão complexa das causas dos problemas socio-económicos e ecológicos da sociedade bem como as inter-relações entre a economia, tecnologia, sociedade e política, chamando à atenção para a necessidade do reforço de uma nova postura ética que preserve o ambiente, preocupando-se ainda em chamar a atenção para uma nova ética, capaz de responsabilizar as gerações da sociedade actual. Divulgando ainda o

conceito de desenvolvimento sustentável, “O desenvolvimento que satisfaz as necessidade da geração presente sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades” (Relatório Brundtland, 1991:46)

Este Relatório teve um aspecto importante na divulgação e reconhecimento da inadequação económica, social e ambiental face ao padrão de desenvolvimento da sociedade contemporânea, nomeadamente no fosso criado entre os países subdesenvolvidos e desenvolvidos, falando da necessidade de crescimento dos países não-industrializados.

A agenda XXI aprovada em 1992, pela conferência das Nações Unidas definiu um plano de acção sobre o ambiente e desenvolvimento, no qual se denota o relevo dado ao papel da educação no pensar e agir dos cidadãos, enquanto estratégia primordial para um desenvolvimento que se quer sustentável “ A educação é fundamental para levar a cabo um desenvolvimento sustentável e para aperfeiçoar a capacidade das pessoas em lidar com questões relacionadas com o ambiente e com o desenvolvimento” (UNCED, 1992, cap36:2). O Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global identificou princípios de acção para os educadores ambientais, estabelecendo uma relação entre as políticas públicas de educação ambiental e a sustentabilidade. Enfatizam-se ainda os processos participativos na promoção do ambiente, direccionados para a sua recuperação, conservação e melhoria, bem como para a melhoria da qualidade de vida, o que representou um importante avanço, na medida em que a Agenda XXI apresentou um plano abrangente de para o desenvolvimento sustentável no século XXI, considerando a complexa relação entre o desenvolvimento e o ambiente numa variedade de áreas, destacando a sua pluralidade, diversidade, multiplicidade e heterogeneidade.

O desenvolvimento sustentável não se restringe a um problema limitado de caris ecológico e ambiental, mas a uma estratégia abrangente em termos sociais de forma a ter em conta tanto a viabilidade económica como a ecológica, redefinindo ainda as reacções entre sociedade humana e natureza, implica assim uma mudança substancial na evolução do ser humano, introduzindo o desafio de pensar a passagem do conceito para a acção, ele pode ser entendido como um processo em evolução.

Segundo Reigota (1998), a educação ambiental aponta para propostas pedagógicas centradas na tomada de consciência, mudança de comportamento, desenvolvimento de competências, capacidade de avaliação e participação dos educandos. A relação entre ambiente e educação para a cidadania assume um papel cada vez maior, face à emergência de novos saberes para apreender processos sociais e riscos ambientais. A educação ambiental é atravessada por vários campos de conhecimento, o que implica uma abordagem multiprofissional e ambiental (Leff, 2001)

A intensa degradação ambiental que o planeta tem sofrido, muitas vezes devido ao consumo excessivo das sociedades modernas, tem levado o homem a preocupar-se com as consequências da exploração intensa dos recursos naturais, admitindo que possa estar em causa a vida no planeta. “Após vivermos durante séculos sem nos preocupar com o esgotamento dos recursos naturais do planeta, temos que aprender, agora, a viver de forma sustentável. A maior parte deste desafio é estimular mudanças de atitude e comportamento na sociedade mundial, uma vez que nossas capacidades intelectuais, morais e culturais impõem responsabilidades para com os seres vivos e para com a natureza como um todo.” (UNESCO 2005, p. 9). A UNESCO (2005) afirma ainda que as próximas décadas tem um papel central na educação para um ambiente mais limpo através de um desenvolvimento sustentável.

A preocupação com a educação ambiental tem acompanhado as diferentes conferências e cimeiras, tem sido vista como um processo capaz de fomentar o desenvolvimento e as potencialidades individuais, mais do que uma matriz de cariz científico, a preocupação com a ecologia e ambiente são acompanhadas por valores de equidade e paz, dando relevância à justiça e aos direitos humanos (UNESCO, 2002). A educação ambiental pode assim ser encarada como um processo multidimensional uma vez que recorre as atitudes, os valores e aos conhecimentos, dos indivíduos de forma a melhorar a qualidade ambiental.

A educação ambiental é pois um mediador para a adopção de comportamentos correctos (Novo, 1995), ela terá como base os valores, que cada indivíduo adquiriu ao longo da vida, valores estes que medeiam as relações com o próximo e com o ambiente, através das suas actividades, por isso a educação deveria

ter como alvo, todo o sistema de valores do indivíduo. A educação ambiental, no que diz respeito a uma mudança comportamental, apenas terá sucesso se for conduzida pela educação dos valores, responsáveis pela acção individual, uma vez que a educação ambiental tem como função formar cidadãos com conhecimento e com consciência, de forma a promover e procurar soluções para os problemas ambientais.

Um estudo levado a cabo por enfermeiros concluiu que a enfermagem deve, também ela, estar envolvida na orientação sobre as questões ambientais, pois influencia directamente a qualidade de vida da comunidade. Deve o enfermeiro nas práticas de educação para a saúde envolver as temáticas ambientais, no contexto de promover a saúde da comunidade, já que os problemas ambientais fazem parte do nosso quotidiano (Sousa, Nóbrega, Barbosa 2007). Considerando que a saúde e o ambiente como bens comuns nas sociedades modernas, são temáticas que interessam à saúde e ao desenvolvimento sustentável das sociedades, para o conhecimento das relações entre Saúde e Ambiente, é necessário a contribuição de várias disciplinas numa perspectiva interdisciplinar. A educação ambiental assume cada vez mais uma função transformadora, onde a co-responsabilização dos indivíduos é um dos elementos essenciais para promover um desenvolvimento sustentável. Assim a educação ambiental é condição necessária para modificar um quadro de crescente degradação ambiental.

4.1 – Resíduos Sólidos Urbanos

A problemática do lixo e a procura de uma resolução para este problema pressupõem mais do que a adopção de tecnologias. Exige acção na origem do problema e uma reflexão não sobre o lixo em si, mas sobre o aspecto material que o envolve, o seu significado simbólico na cultura actual. Têm sido incentivadas mudanças de recolha e triagem do lixo, na tentativa de o considerar um meio de produção, através da reciclagem, no entanto a mudança de hábitos no ser humano é lenta.

No âmbito deste trabalho vou restringir a análise dos resíduos ao consumo de fraldas descartáveis pois a Quercus estima que em Portugal a cada ano sejam produzidos cerca de 40.000 ton. de lixo em fraldas infantis. Com base nesta

informação no ano de 2010 iniciou-se o projecto “Fraldinhas”, o qual se inseriu no âmbito do Plano de Prevenção de Resíduos Urbanos (PPRU), que pretendeu chamar a atenção para o uso de fraldas reutilizáveis em alternativa às descartáveis. Envolveram-se no projecto 24 hospitais e maternidades públicas de Norte a Sul do país numa parceria conjunta entre os Sistemas de Tratamento de Resíduos e a Quercus. Os bebés nascidos na Semana Europeia da Prevenção de Resíduos entre 20 a 28 de Novembro de 2010, receberam conjuntos de fraldas reutilizáveis, que segundo a QUERCUS “inspiram-se no cuidado e dedicação das tradicionais fraldas de pano, mas acompanham o ritmo das gerações actuais - são laváveis, amigas do ambiente, económicas e saudáveis, podendo ajudar a prevenir algumas alergias”. Foram distribuídos cerca de 1 600 kits nos hospitais e maternidades do país. “Foi possível verificar que o uso de fraldas reutilizáveis permite reduzir a produção de resíduos, nomeadamente 8kg/semana/bebé, uma redução que assume um total de 1 tonelada por bebé, durante o tempo em que necessita de usar fraldas – uma média de 2 anos e meio.” (Quercus, 2010,p.1). A Quercus concluiu ainda que na lavagem das fraldas “Não se verificou um acréscimo de consumo de energia associado à lavagem, mas sim uma optimização da própria lavagem uma vez que desta forma a máquina ficará com carga completa.” (Quercus, 2010,p.1).

No âmbito deste trabalho, será colocado no inquérito uma questão que pretende perceber qual a tendência das futuras mães para a utilização de fraldas, se recicladas se descartáveis. Também procuraremos perceber se as grávidas tem ou não preocupação com a reciclagem dos resíduos em geral.

4.2 – Ambiente e implicações na saúde

A comunidade científica tem-se questionado sobre a relação entre a saúde e o ambiente, mostrando preocupações crescentes em relação ao impacto ambiental e riscos para a saúde, motivados pela existência de contaminantes no ambiente. O que traz uma nova exigência às actividades económicas. As empresas, que devem manter níveis de qualidade dos seus produtos, mas com baixa degradação ambiental, de forma a manter um desenvolvimento sustentado, das suas actividades (Santos e Duarte,

2003). Proteger a saúde e o ambiente corresponde a uma necessidade das sociedades actuais para um modelo de desenvolvimento sustentável para que a qualidade ambiental tenha repercussões positivas no aumento da qualidade de vida e na diminuição de doenças e mortes associadas a factores ambientais.

“Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”, Segundo a Organização Mundial da Saúde incorpora todos os elementos e factores com capacidade potencial de afectar a saúde, desde a exposição a factores específicos, tais como substâncias químicas, mas também elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até aos relacionados com os aspectos negativos do desenvolvimento social e económico dos países (OPS, 1990). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Saúde Ambiental como " as consequências na saúde da interacção entre a população humana e o meio ambiente físico -natural e o transformado pelo homem - e o social" (WHO 1996, p.20)

“A Saúde Ambiental compreende os aspectos da saúde humana (incluindo a qualidade de vida) que são determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do ambiente. Também inclui a avaliação, a correcção, a redução e a prevenção dos factores no ambiente que, potencialmente, podem afectar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras” (Ministério da Saúde vol 1, 2004,p.67)

As alterações climáticas, induzidas por factores antropogénicos, têm como causa a acumulação dos gases com efeito de estufa, resultantes da combustão de combustíveis fósseis, da desflorestação em grande escala e da rápida expansão agrícola, juntamente com os incêndios florestais e as queimadas. São vários os impactos directos e indirectos previsíveis na saúde em resultado das alterações climáticas. De entre os quais se podem destacar o aumento potencial de mortes relacionadas com o calor, das doenças transmitidas pela água e pelos alimentos, o aumento potencial de problemas relacionados com a poluição atmosférica e o aumento potencial do risco de doenças transmitidas por vectores e roedores (Ministério da Saúde, 2004). A complexidade em definir opções adequadas aos problemas de saúde ambiental justifica algumas das dificuldades da intervenção em

saúde pública, exigindo por isso uma estratégia intersectorial entre o ambiente e a saúde.

Segundo o IPCC as ondas de calor de 2003 vitimaram mais de 35 mil pessoas, em 2005 inúmeras mortes ocorreram com o Furacão Katrina. O IPCC estima que ocorram cerca de 60 mil mortes anuais devido a desastres naturais relacionados com o clima, as causas de morte devem-se sobretudo a doenças como a malária e diarreias.

O IPCC (2007) menciona impactos resultantes de alterações climáticas como: aumento da morbilidade, expansão da encefalite, aumento das alergias e diarreias, diminuição da água potável com todas as suas consequências para a saúde humana, prevê ainda o aumento das doenças cardiovasculares devido aos poluentes atmosféricos como o ozono.

A OMS diz que o calor poderá vitimar cerca de 1500 pessoas em Portugal até ao ano 2020. Segundo o Ministério da Saúde (2004) desconhece-se a dimensão do problema da poluição atmosférica em Portugal e o seu impacto na saúde. Uma vez que a monitorização da qualidade do ar, que permite a obtenção de informação relativa à concentração de poluentes (ozono, óxidos de azoto, monóxido de carbono, dióxido de enxofre, compostos orgânicos voláteis, entre outros), ainda não é feita de uma forma sistemática que permita ser relacionada com possíveis efeitos na saúde.

No entanto existem estudos que demonstram a toxicidade do chumbo com dados ou clínicos sobre os efeitos bioquímicos no organismo humano, capazes de envolvem vários sistemas de órgãos, nomeadamente nas crianças, os efeitos críticos atingem o sistema nervoso e nos adultos expostos pode ocasionar a neuropatia periférica e a nefropatia crónica (Moreia e Moreira, 2004). Também a União europeia com a “ Directiva 2000/53/CE proíbe a utilização de chumbo, mercúrio, cádmio ou crómio hexavalente nos materiais e componentes dos veículos comercializados a partir de 1 de Julho de 2003 “ (UE, p L85/3)

Uma outra preocupação actual é a possibilidade do aumento de doenças associadas ao consumo de água o que implica a necessidade de monitorizar os parâmetros de qualidade da água, nomeadamente os indicadores microbiológicos, devido ao aumento de contaminação por cianobactérias, mas também por

contaminação das águas profundas por lixiviados, infiltrados de metais, organofosforados e outros contaminantes biológicos.

A qualidade do ar e dos materiais no interior dos edifícios, também não tem sido alvo de atenção, o que dificulta concretizar o seu impacto real na saúde humana em Portugal (Ministério da Saúde 2004). Esta qualidade tanto dos edifícios, como das infra-estruturas e equipamentos, pode estar relacionada com potenciais fontes de doenças, mal estar e risco para a saúde e segurança das pessoas envolvidas, nomeadamente, no que diz respeito às questões da iluminação, do ar e da ventilação natural, da qualidade dos sistemas de ar condicionado e da iluminação artificial, do fornecimento de água, gás e electricidade e do conforto térmico ambiental.

Na tentativa de compreender alguns destes potenciais problemas o nosso país lançou medidas para melhorar a eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde, motivados por factores ambientais. A Agência Portuguesa do Ambiente e a Direcção Geral da Saúde foram responsáveis pela coordenação do Plano Nacional de Acção Ambiental (PNASS) que tem como objectivo desenvolver acções para problemas de saúde relacionados ao ambiente, estabelecendo prioridades e definindo indicadores. Procurando trabalhar os problemas de forma interdisciplinar na busca de soluções e explicações para os acontecimentos, na tentativa de compreender os processos de produção e as relações do homem com a natureza, antevendo riscos tecnológicos, integrando ainda o conhecimento e a inovação de modo a ser favorável ao desenvolvimento económico nacional (Ministério do Ambiente e Ministério da Saúde. 2007)

Nos países industrializados, nomeadamente nas cidades surgem fenómenos prejudiciais à saúde derivados da degradação ambiental, como a poluição atmosférica, a água potável com pouca qualidade, juntamente com um baixo investimento na gestão de resíduos, o que justifica a grande necessidade de intervenção interdisciplinar para prever os impactos ambientais e os riscos de saúde (Jorge, 2003; Santos e Duarte 2003).

A procura de controlo da poluição ambiental, nomeadamente no que diz respeito a substâncias nocivas para a saúde, procurando possíveis efeitos nocivos, como as radiações ionizantes, tem motivado alguns investigadores nacionais a

pesquisar sobre a qualidade do ar como é o exemplo de um grupo que seleccionou a Cidade de Viseu e elaborou um estudo interdisciplinar (2008) com o envolvimento de investigadores ligados à área da poluição atmosférica e da medicina. A análise foi experimental complementada pela modelação da qualidade do ar, a uma escala local e regional. Calcularam a exposição dos indivíduos às doses inaladas, o que lhes permitiu estabelecer uma relação entre a qualidade do ar e o estado de saúde das crianças asmáticas, demonstrando que no Inverno aumentava a poluição atmosférica, mas que de um modo geral a qualidade do ar em Viseu é boa. Concluíram ainda que no interior das escolas a concentração da poluição foi maior do que no exterior, provando a importância de fontes emitidas interiormente (Borrego et al, 2007; p.106).

As alterações ambientais, ligadas às mudanças de temperatura, nomeadamente à temperatura do ar tem sido motivo de observação de alguns investigadores “ A elevada frequência de ventos de N no Verão, em Lisboa, é um importante factor de limitação do desconforto devido ao calor, tanto diurno como nocturno. Contudo, mesmo durante o dia as elevadas velocidades do vento, em situação de nortada, podem originar situações de desconforto, associado a valores de temperatura fisiológica relativamente baixos (em geral desconforto moderado)” (Andrade, 1998, p.57). Também o Ministério da Saúde se tem preocupado em emitir alertas face às ondas de calor, em 2006 as 5 ondas de calor registadas provocaram 1.259 mortos em Portugal, a maioria dos quais pessoas com mais de 75 anos (Direcção-Geral de Saúde, 2006). Embora os Planos para a contingência de calor remontem a 2004 o Plano de 2007 sentiu necessidade de reforçar os anteriores “ contempla uma estratégia de maximização de recursos, tendo sempre presente o seu uso eficiente, uma estratégia de prevenção, porque é mais oneroso curar doentes do que promover a saúde e prevenir a doença, uma estratégia de articulação entre os diversos parceiros atrás mencionados, reforçando a articulação interministerial/intersectorial, e uma estratégia de participação comunitária, porque as populações devem também estar comprometidas neste processo de protecção da saúde.” (Direcção Geral de Saúde, 2007, p.3). Teve como objectivos específicos: Potenciar a coordenação interinstitucional; melhorar o sistema de previsão, alerta e resposta; definir

orientações/recomendações de intervenção; reforçar a informação à população em geral e aos grupos mais vulneráveis.

Uma outra preocupação actual, são os riscos à biologia humana que põem em causa a relação saúde-doença como é o risco de contaminação pelo mercúrio metálico no nosso ambiente. O que pode surgir tanto através da aspiração de vapores, como pela ingestão de pequenas partículas ou mesmo pelo contacto dérmico. Para Farias (2006) o mercúrio é considerado um dos metais mais perigosos no que diz respeito à contaminação ambiental e a saúde humana. “Em ambientes naturais, o mercúrio pode sofrer metilação, levando à formação de metilmercúrio, acumulando-se nesta forma na carne dos peixes. O metilmercúrio é extremamente biotóxico, podendo afetar a saúde do homem pelo consumo de pescado contaminado” (Vieira, Nunes, Campos, 2004,p.1). Por estes factores é de extrema importância a vigilância em Saúde Ambiental, enquanto conjunto de acções que proporcionam o conhecimento, e a detecção de qualquer mudança nos factores determinantes e condicionantes do ambiente, com capacidade de interferir com a saúde humana de modo a prevenir e a controlar riscos, uma vez que o consumo continuado de peixes com altas concentrações de metil mercúrio constitui um risco para os indivíduos que o consomem, devendo estes níveis ser monitorizados (Vieira, Nunes, Campos, 2004).

Existem muitas doenças que podem estar relacionadas com características ambientais, nomeadamente os micro nutrientes, elementos que pode alterar a saúde humana face às suas concentrações quer por excesso quer por defeito como o iodo, selénio, arsénio, ferro, entre outros. Também a água e o solo podem esconder riscos para a saúde das populações, por exemplo, elevados níveis de arsénio na água causaram graves problemas de saúde na Ásia. Os terremotos são também uma ameaça directa à saúde pelos efeitos colaterais indirectos dos mesmos, quer pelo deslizamento de terras, quer pelos agentes patogénicos que surgem após os terremotos. As cinzas vulcânicas como as do recente vulcão Eyjafjall na Islândia causaram inúmeros transtornos económicos com o cancelamento de viagens e negócios, expelindo ainda para a atmosfera substâncias tóxicas capazes de aumentar a toxicidade em cadeia alimentar, bem como problemas respiratórios. São cada vez mais visíveis as preocupações com questões relacionadas com a saúde e o ambiente onde se inserem

as populações, nomeadamente a nível do ambiente urbano, exigindo uma visão global de carácter interdisciplinar para solucionar e investigar os problemas.

4.2.1 – Ambiente e implicações na saúde da grávida

Como vimos na actualidade vivemos uma mudança de paradigma e as questões ambientais e a saúde são de interesse multidisciplinar, impulsionando estudos que relacionam o mau estar e o desconforto das populações com as alterações climáticas, contudo as influências ambientais nas grávidas encontram-se pouco estudadas, resumindo-se muitos dos estudos ao ambiente hospitalar.

As Temperaturas elevadas põem em risco a vida do ser humano, quando as temperaturas ambientais são maiores do que a temperatura da pele, esta vai perdendo água por evaporação, sendo o único mecanismo que o corpo tem para manter o arrefecimento, daí a necessidade da grande ingestão de líquidos aquando das ondas de calor, orientações estas dadas à população em geral, mas em particular, aos idosos, às crianças e ao doentes com patologia respiratória. A resposta fisiológica das grávidas, em relação a um possível aumento de temperatura, é idêntica à de qualquer ser humano não grávido.

Já as alterações ambientais relativas ao ambiente sonoro, modificam quando a mulher se encontra grávida, uma vez que o ambiente sonoro ou acústico tem um efeito nocivo para a saúde e bem-estar (Schater, 2009). O ambiente sonoro tem sofrido alterações ao longo dos anos nomeadamente nas cidades, onde os decibéis são muitas vezes acima do suportável, não é só a intensidade do som, mas as características do ruído que alteraram o ambiente natural. Existem já algumas preocupações a este respeito, o que levou alguns investigadores a procurar as suas consequências nas grávidas “ O ambiente sonoro pode ser uma grande fonte de stress, especialmente nos centros urbanos, onde há superabundância de sons que, se desagradáveis, os chamados ruídos, podem causar grande irritação. Além de problemas auditivos, quando em excesso são apontados como responsáveis por problemas como distúrbios de sono, enxaquecas, aumento da pressão sanguínea e do colesterol, e como indutor do stress. Aqui podem ser vistos vários pontos em comum

com as situações de risco para a gestação, o que leva a crer que o ambiente sonoro possa, em algum grau, alterar a saúde durante a gestação” (Cabreira, 2007, p. 108), esta investigadora concluiu ainda que 77% das grávidas investigadas referiam ter aumentado a sensibilidade auditiva, e 46% das grávidas declarou sentir-se mais sensível aos sons, do que antes de estar grávida.

Uma outra implicação ambiental na saúde das grávidas diz respeito aos riscos biológicos, de contaminantes alimentares, a grávida encontra-se muito susceptível e vulnerável, já que o contrair uma intoxicação alimentar durante a gravidez pode fazer com que a gravidez se torne inviável, face á necessidade de administração de fármacos que podem ter um efeito teratogénico para o feto. Alguns contaminantes ambientais são potencialmente perigosos, nomeadamente os poluentes como o mercúrio. Também alguns microorganismos, como é o caso do toxoplasma gondi responsável pela toxoplasmose (doença causada por um parasita chamado *Toxoplasma gondi*) frequentemente encontrado na natureza, nos animais e nos humanos, a doença é transmitida através das carnes mal cozinhadas, de água contaminada ou vegetais mal lavados. Os gatos são os maiores transmissores da doença, pois são considerados os hospedeiros definitivos, que reproduzem e eliminam os parasitas nas fezes. Na maioria das vezes a doença é silenciosa, descoberta apenas por exames laboratoriais, excepto na grávida não imunizada pois esta doença pode causar má formação fetal ou até mesmo o aborto, devendo a grávida ter cuidado acrescido quando lida com o ambiente, nomeadamente nos jardins e hortas, pois são locais onde os gatos defecam com frequência, devem as mesmas lavar bem as mãos após contactos com gatos, usar sempre leite e derivados que passaram por processo de pasteurização, verduras, frutas, legumes e alimentos bem limpos, além de carnes bem cozinhadas.

Acabamos de falar em ambiente e das suas implicações na gravidez, também nos capítulos anteriores se reuniu e compilou informação referente à grávida, à saúde, e ao consumo, interligando-os com o foco deste estudo. Torna-se relevante ainda explicitar o papel do enfermeiro a nível da saúde ambiental, que além da investigação especializada que pode efectuar, diariamente pode incluir nos seus registos as exposições ambientais a que estão expostos os seus utentes, podendo assim reflectir e comunicar possíveis impactos às unidades de saúde pública. Têm ainda um papel

importante em termos comunitários, quer como facilitador quer como moderador da participação pública face aos temas ambientais. Deve ainda avaliar os riscos individuais e populacionais face a exposições reais, cabendo-lhe comunicar os riscos e aplicar princípios preventivos.

À medida que os Enfermeiros aprendem mais sobre ambiente, elaboram programas educativos que auxiliam a criação de ambientes mais saudáveis. Mediante o que foi exposto muitas questões surgiram, mas para os objectivos desta investigação implica dar resposta à questão inicial de: Quais as práticas e valores das grávidas em relação à Saúde, ao consumo e ao ambiente? Passa-se assim de seguida ao estudo metodológico desta investigação.

PARTE II - ESTUDO METODOLÓGICO

CAPÍTULO V - Metodologia

É através da metodologia , que se delinea o caminho para desenvolver e atingir os objectivos de uma investigação é definida como “ o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (...) é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” Fortin 2003, p.372)

Assim, após a fase conceptual, o investigador deve definir algumas questões, como sejam, o tipo de pesquisa mais adequado ao problema, a população a estudar, o instrumento de colheita de dados mais apropriado e por último o melhor método para analisar os dados recolhidos.

Quanto ao delineamento da pesquisa, relativamente à dimensão tempo, optou-se por questionários transversais, uma vez que consistem em examinar um ou vários “cohortes” em relação aos fenómenos presentes num dado momento, conforme descrito por (Fortin 2003, p.170).

5.1 - Desenho do Estudo

Para planear o estudo foi necessário delimitar a área em estudo, definir os objectivos, bem como a questão de investigação, tendo em conta:

- A justificação do estudo
- Problema de pesquisa e objectivos
- Tipo de investigação
- Aspectos éticos do estudo
- Relações esperadas entre as variáveis
- População e amostra
- Estratégia e métodos de colheita de dados

- Instrumento de recolha de dados
- Elaboração dos questionários
- Aplicação do pré-teste

Todos estes itens serão descritos a seguir de forma mais pormenorizada.

5.2 Justificação do Estudo

O âmbito desta dissertação enquadra-se na minha vivência profissional de Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) na USF Tílias a qual me possibilitou a percepção de que muitas grávidas têm dificuldade em fazer escolhas sobre o que comer ou o que consumir durante a gravidez, o que poderá ser condicionante da sua saúde. Estas mulheres referem várias dúvidas e preocupações seja em relação à própria gravidez, seja em relação à saúde em geral, bem como a adopção de comportamentos adequados. Apresentam ainda diferentes graus de dificuldade face à sua nova situação, mas também preocupações com o futuro, parecem existir ainda alguns mitos, de cariz cultural neste momento de vida da mulher. Este quadro fez com que fossem surgindo em mim algumas inquietações, que fizessem com que tentasse compreender as práticas de saúde das grávidas em relação à saúde, consumo e ambiente.

Como existem poucos ESMO no Serviço Nacional de Saúde, sou muitas vezes abordada por grávidas do ACES 1 Lisboa Norte, as quais procuram frequentar a preparação para o parto da minha unidade de saúde USF Tílias, o que nem sempre é possível face às limitações de espaço e de recursos, pelo que o estudo além de incluir as grávidas da USF tílias, incluirá também todas as grávidas que procurarem os cuidados da enfermeira ESMO, às quais foi pedida a colaboração para participar no estudo. Nesse contexto, o estudo realizado procurou perceber quais as práticas e valores das grávidas, em relação à saúde, ao consumo e ao ambiente, durante este período das suas vidas.

5.3 – Problema de pesquisa e objectivos

O principal problema de pesquisa desta investigação relaciona-se com as práticas de saúde das grávidas, tendo em conta o consumo e o ambiente. A sua relevância é devida à importância que é dada tanto à saúde como ao meio, assim procurou-se recolher as práticas e valores das grávidas no que diz respeito à saúde consumo e ambiente numa perspectiva holística.

Desta forma o **problema identificado** incide sobre a Saúde, Consumo e Ambiente: Práticas e valores das grávidas.

As questões **centrais** desta investigação são:

1- Quais as práticas e valores das grávidas em relação à Saúde, Consumo e Ambiente?

2- Qual/Quais as alterações das práticas e valores pelo facto de estarem grávidas?

Para tal foi definido como **Objectivo Geral**: Contribuir para o conhecimento das práticas e valores da Saúde, Consumo e Ambiente das grávidas.

Pergunta de investigação: Quais as práticas e valores das grávidas utilizadoras da USF Tílias no que diz respeito à saúde ao consumo e ao ambiente?

Objectivos Específicos:

1- Identificar quais as praticas de saúde das grávidas.

2 - Conhecer os valores das grávidas face à saúde

3- Identificar as práticas de consumo das grávidas

4 – Identificar as percepções das grávidas face ao ambiente

5 – Identificar os valores das grávidas face ao consumo

5.4 – Tipo de investigação

Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo, em que se recolheram dados qualitativos e quantitativos através de questionário, uma vez que o comportamento e o conteúdo das variáveis são desconhecidos do investigador (Fortin, 2003). Os resultados apresentados recorrerão por isso à estatística descritiva de forma a efectuar um retrato da amostra.

Relativamente à estratégia metodológica, de acordo com a problemática e os objectivos que se pretendem atingir, recorreu-se a um estudo transversal e exploratório, no sentido de caracterizar as variáveis, foi também descritivo com o objectivo de saber mais sobre o objecto de estudo, quer identificando quer descrevendo variáveis. O estudo transversal incidiu sobretudo na comparação das práticas e valores das grávidas, de diferentes idades, profissões e escolaridade.

Segundo (Fortin 2003,p.163), os estudos descritivos consistem em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população”.

Para (Polit 1995,p.368), o estudo descritivo tem “como principal objectivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos, e da frequência com que ocorrem determinados fenómenos”.

Trata-se também de um estudo exploratório, uma vez que quando se deu início à pesquisa bibliográfica, verificou-se uma escassez de informação relativamente à temática do estudo, são “investigações de pesquisa empírica cujo objectivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, facto ou fenómeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos” (Marconi e Lakatos 1990, p.77).

Exploratório, na medida em que "as pesquisas exploratórias têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores" (Gil 1994,p.163).

5.5 - Aspectos éticos do estudo

Segundo Fortin qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético. Esta autora define ética, como sendo “o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (...) é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” Fortin (2003, p.261).

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa são utentes dos Centros de Saúde de Lisboa e a pesquisa deve por isso estar de acordo com os princípios da beneficência e da não maleficência. Por se tratar de um estudo de cariz académico para obtenção do grau de mestre não necessitou de orçamento financeiro, tendo sido efectuado pela própria pesquisadora, com os meios próprios. Toda a informação recolhida só tem finalidade para a pesquisa em causa, os resultados serão apresentados em dissertação de mestrado, mas também para serem divulgados em congressos e reuniões científicas.

A confidencialidade dos sujeitos foi mantida em todas as etapas, por se tratar de uma investigação que envolve seres humanos. O proceder a um trabalho de investigação, implica tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos de todos os que participem na mesma, daí a necessidade de ter presente todos os direitos. Na sua realização foi tida em conta a conduta ética, de acordo com os códigos de ética que determinaram cinco princípios ou direitos fundamentais, aplicáveis aos seres humanos Fortin (1999), sendo eles.

- **O direito à autodeterminação;** que diz que enquanto pessoa autónoma, ele é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente participar ou não.

- O direito à intimidade;** o investigador deve assegurar a protecção da intimidade dos sujeitos em estudo. As informações consideradas como íntimas e privadas relacionam-se com as atitudes, os valores, as opiniões ou quaisquer outras informações pessoais que o participante aceite partilhar com o investigador.

- **O direito ao anonimato e à confidencialidade;** este direito é respeitado, se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

- **O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;** corresponde às regras de protecção da pessoa, contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.

Só será possível aos sujeitos, tomarem decisões sobre a sua participação ou não, na investigação, após a revelação completa do estudo, a sua natureza, o direito de recusarem a participação, as responsabilidades do pesquisador, bem como, os prováveis riscos e benefícios advindos.

Tudo isto, torna-se a base do **consentimento informado**, ou seja, os sujeitos ficam na posse da informação sobre a investigação que lhes permite decidir, pela sua participação ou não.

Aquando da entrega do questionário era pedido aos participantes que lessem com atenção a folha de rosto, onde constava a descrição sumária do estudo e o contexto. Era também pedido ao indivíduo o seu consentimento verbal para participar no estudo estando livre para recusar se assim o entendesse. Foi garantida aos participantes a confidencialidade dos dados e o anonimato.

Como forma de garantir a confidencialidade dos dados, os questionários não continham local para identificação do participante e era pedido ao mesmo para que não a colocassem em nenhuma folha.

5.6 - Variáveis estudadas

As variáveis deste estudo são dependentes e independentes. Na presente investigação as variáveis dependentes são a Saúde, o Consumo e o Ambiente.

As variáveis independentes consideradas são as socio-demográficas: idade, escolaridade, estado civil, situação laboral, profissão.

Paralelamente existe outro conjunto de variáveis as quais foram denominadas como variáveis clínicas, muito embora assumam no presente estudo características

idênticas às das variáveis independentes: Quantas vezes esteve grávida, a programação da gravidez, se teve consulta antes de engravidar, qual o trimestre da gravidez, se frequenta o curso de preparação para o parto e por último se respondeu não pensa vir a frequentar.

5.6.1 -Relações esperadas entre variáveis

As questões de investigação colocadas incidiram sobre as práticas e valores das grávidas procurando resposta para as seguintes questões:

- Quais as práticas de saúde das grávidas?
- Quais os valores de saúde das grávidas?
- Quais as práticas de consumo das grávidas?
- Quais os valores das grávidas face ao consumo?
- Quais as percepções das grávidas face ao ambiente?

Para responder a estas questões será tida em conta a análise dos dados recolhidos, não foram levantadas hipóteses porque esta é uma investigação de cariz descritivo e exploratório, não sendo por isso necessário formular hipóteses, mesmo com estas limitações os estudos de caso permitem compreender e identificar relações entre variáveis, bem como esclarecer conceitos, fornecendo informação sobre os dados recolhidos Polit e Hungler (1992).

5.7-População e amostra

Segundo Fortin (2003, p.202), “Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios (...) uma população particular que é submetida a um estudo, é chamada população alvo”.

A amostra foi seleccionada da população de grávidas que recorrem à Enfermeira ESMO da USF tílias, no período de 6 de Dezembro 2010 a 15 de Maio 2011.

É uma amostra não probabilística seleccionada por conveniência. De acordo com Carmo e Ferreira (1998, p.197), nas amostras de conveniência utiliza-se um grupo de participantes que se mostre disponível e voluntário, no entanto os resultados "(...) não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas". Fortin (2003, p.156), refere que nos estudos qualitativos é mais prudente "(...) ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja". Neste estudo o mais importante foi averiguar se a amostra é susceptível de fornecer dados válidos e completos do que se questiona e se os dados são ou não representativos da população de onde provém a amostra.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- ➔ Grávidas que falem e escrevam português;
- ➔ Grávidas que recorram à Enfermeira ESMO;
- ➔ Grávidas que aceitem participar no estudo;
- ➔ Grávidas em qualquer estágio da gravidez;
- ➔ Grávidas de qualquer idade;

Terminou-se a recolha de dados atingindo 102 participantes, as quais obedeciam aos critérios definidos, não tendo sido possível atingir a saturação da amostra.

Como nos diz Fortin (2003 p.211) "se o objectivo do estudo é explorar, descrever fenómenos, o tamanho da amostra pode ser reduzido". Morse (1991) citado por Fortin (2003,p.211) refere que " (...) nos estudos exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter informação sobre o fenómeno estudado".

6 – Estratégia e método de colheita de dados

Para concretizar o estudo optou-se pela elaboração de um questionário de raiz que se encontra em apêndice (apêndice 1) composto por vários itens, os quais foram estruturados de forma a permitir o levantamento das práticas e valores dos sujeitos da amostra em relação à saúde, ao consumo e ao ambiente.

De acordo com Fortin (2003) a natureza quantitativa do questionário, enquanto objecto de validação da informação, tem destaque científico, uma vez que permite medir os fenómenos. É ainda de ressaltar que este instrumento permite às ciências sociais analisar várias temáticas, constituindo ainda uma forma simples dos sujeitos expressarem as suas práticas. O recorrer a este instrumento, teve ainda em conta o limite temporal do estudo e também as dimensões da amostra, pois permite inquirir um grande número de sujeitos em menos tempo, garante o anonimato das respostas.

O questionário “ consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, as suas opiniões (...) ao seu nível de conhecimentos ou consciência de um conhecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse dos investigadores” (Quivy e Champenhoudt 1998, p.188)

6.1 – Instrumento de recolha de dados

A elaboração do questionário teve por base a reflexão crítica, adequada ao que se pretende estudar e questões de investigação, tendo em mente o que se pretendeu saber.

As questões foram ponderadas e ordenadas de forma a serem relevantes e compreendidas, eliminando ambiguidades. A sua elaboração teve ainda em conta, facilitar as respostas, reduzindo o esforço físico e mental das participantes, através de questões de escola múltipla. Para verificar os conhecimentos das grávidas foi necessário efectuar perguntas sobre atitudes e práticas, de forma a atingir os objectivos propostos.

O questionário é composto por cinco partes com questões de escolha múltipla por um lado, e em escala tipo Likert, de forma a clarificar atitudes e opiniões das inquiridas, era pedido que face à avaliação de um comportamento ou fenómeno, seleccionassem na escala o que mais se adequasse. Teve como objectivo obter informações relativas às práticas e valores dos sujeitos da amostra, no que diz respeito à Saúde, Consumo e Ambiente.

Foi estruturado em 5 secções. A secção I pretende caracterizar a amostra com as seguintes questões:

- I – Idade;
- II- Estado civil;
- III- Escolaridade;
- IV – Situação laboral;
- V- Rendimento familiar;
- VI – Profissão;
- VII – Conselho da residência;
- VIII – Unidade de saúde a que pertence;
- IX – Quantas vezes esteve grávida;
- XI – Programou a gravidez;
- XII – Teve alguma consulta antes de engravidar;
- XIII – Com quem teve consulta antes de engravidar;
- XIV – Em que trimestre da gravidez se encontra;
- XV – Frequenta o curso de reparação para o parto;
- XVI – Se respondeu não pensa vir a frequentar;

A secção II do questionário pretendeu perceber os valores da saúde e ambiente utilizando para o efeito uma escala tipo likert, composta por 39 itens, com a possibilidade de escolha, concordo, discordo, não sei; dos quais 31 correspondem

à saúde, sendo eles os observados no quadro nº 1 (apêndice 2), os restantes 8 itens correspondem ao ambiente, sendo eles os observados no quadro 2

Quadro 2 – itens correspondentes ao ambiente

32 – Se comprasse agora um carro escolhia um híbrido
33 – Se comprasse agora um carro escolhia um movido a gasolina
34 – Se comprasse agora um carro escolhia um movido a diesel
35 – As energias renováveis são uma boa opção
36 – Vou usar fraldas descartáveis depois do bebé nascer
37 – Vou usar fraldas reutilizáveis depois do bebé nascer
38 – Vou usar toalhetes depois do bebé nascer
39 – Pretendo amamentar

A secção III do questionário pretendeu recolher dados relativos às práticas de saúde e do consumo com 63 itens, alguns com duplo enquadramento, na saúde e no consumo, no entanto para sistematizar a análise foram considerados separadamente; correspondendo assim 30 itens às “práticas de saúde”, como se pode observar no quadro nº 3 (apêndice 3); e 33 itens relativos às “práticas de consumo”, como se pode observar no quadro nº 4 (apêndice 4).

A secção IV procurou recolher quais os valores do consumo recorrendo a uma escala tipo likert composta por 22 itens, cada um com a possibilidade de resposta muito importante, importante e nada importante, os itens podem ser observados no quadro nº 5º (apêndice 5)

Na V e última secção pretendeu-se perceber qual a percepção dos sujeitos face ao ambiente de forma a detectar alteração por se encontrarem grávidas, a cada grupo correspondia três itens, podendo os sujeitos escolher uma única opção em cada grupo, os grupos podem se observados no quadro 6 (anexo 6)

A listagem das questões teve por base a revisão bibliográfica. Por opção coloquei itens correctos, em alternância com itens incorrectos, para que se misturem os correspondentes às boas práticas com os correspondentes às más práticas, o mesmo se fez nos itens para a obtenção dos valores, os quais serão expressos e explicitados, quando se efectuar a análise.

6.2- Aplicação do pré-teste

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) o instrumento elaborado e escolhido para a realização do estudo deve ser pré-testado numa pequena amostra de participantes. Deste modo é possível determinar se o instrumento foi construído com “clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”. (Polit, Beck e Hungler 2004, p. 255)

Assim foi efectuado o pré-teste na tentativa de descobrir potenciais erros e corrigi-los, procurou-se ainda identificar as dificuldades que poderiam surgir na aplicação do instrumento, nomeadamente na compreensão das questões colocadas, realizou-se assim o pré-teste no início do mês de Dezembro de 2010, a quatro grávidas pertencentes ao Centro de Saúde de Sete Rios, com as mesmas características dos participantes do estudo. As inquiridas, não colocaram dúvidas e responderam com rapidez ao questionário, pelo que não houve necessidade de efectuar ajustes ou alterações tendo as questões sido entendidas e respondidas na íntegra, pelas participantes.

6.3 - Procedimentos na Recolha dos dados

Após ter sido definido o estudo que se pretendeu realizar, em Novembro de 2010 enviou-se por escrito (apêndice 7), à directora Executiva do ACES 1 Lisboa Norte, o pedido para a realização dos questionários. Em Novembro foi concedida a autorização para iniciar o trabalho de campo (apêndice 7). Assim, o trabalho de campo teve início a 6 de Dezembro de 2010 e terminou a 15 de Maio de 2011. O recrutamento dos participantes do estudo foi efectuado através de contacto directo da investigadora na consulta ou no curso de preparação para o parto por si ministrado, tal ficou a dever-se à falta de receptividade e colaboração por parte da equipa de enfermagem do serviço na aplicação dos questionários.

A aplicação do instrumento de recolha de dados demorou entre 12 a 15 minutos, tendo a maioria dos sujeitos demorado 12 minutos, em termos físicos decorreu na sala de consultas, e nas salas de preparação para o parto.

O Estudo realizou-se na USF Tílias a qual pertence ao ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) 1 Lisboa Norte, esta nova estrutura de agrupamentos de Centros de Saúde resultou da reconfiguração dos centros de saúde e da extinção das Sub-Regiões de Saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2006 e Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro).

Esta designação de ACES corresponde à filosofia de racionalização de estruturas que presidiram à reconfiguração dos anteriores centros de saúde. O Centro de Saúde continuou a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e da sua família com o sistema de cuidados de saúde primários.

6.4- Tratamento e análise dos dados

Uma vez que os dados obtidos não chegam para dar resposta a todos os objectivos propostos, a sua organização e análise foi fundamental para o sucesso da pesquisa “o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo” (Fortin 2003, p.135).

Após a recolha dos dados dos inquéritos, procedeu-se a uma investigação detalhada da informação recolhida e recorreu-se à estatística descritiva, através do Programa Statistical Package for Social Sciences 13,0 for Windows (SPSS for Windows).

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos utilizar-se-á a estatística descritiva, nomeadamente: Frequências – absolutas (n^o) e relativas (%); Medidas de tendência central – média (\bar{x}); Medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (s); Mínimos (X_{min}) e máximos ($X_{máx}$), dependendo dos dados em questão.

Como já foi referido, este estudo terá uma abordagem quantitativa e qualitativa dominante. Os dados foram obtidos através de perguntas de escolha múltipla e foram transformados em grandezas expressas por números, para serem analisados pela estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média, moda e mediana). O processamento de dados

será feito informaticamente, utilizando o programa SPSS (Programa de análise estatística).

Segundo (Fortin 2003, p.277) a estatística descritiva” (...) permite descrever as características da amostra na qual os dados foram escolhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. (...) incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão”.

7- Limitações do estudo

Ao proceder ao levantamento de pesquisas realizadas nesse campo, foi possível verificar uma grande lacuna, pois não foi encontrado nenhum estudo com o enfoque aqui pretendido. Todas as pesquisas relacionadas com grávidas procuravam estabelecer a ligação entre má-formação fetal, baixo peso, ou outras anomalias, quando se referiam ao ambiente era à humanização do ambiente hospitalar, assim como o consumo na grávida era circunscrito às substâncias nocivas ou tóxicas para o feto. Iniciou-se, assim, a partir do material encontrado a selecção do que corresponderia à análise pretendida, dos valores e práticas de saúde de consumo e ambiente.

Este estudo foi ainda condicionado pela limitação temporal, foi também significativa a falta de receptividade e colaboração por parte da equipa de enfermagem do serviço na aplicação dos questionários, o que fez com que fossem aplicados directamente pela investigadora. Todas as limitações condicionaram o desenvolvimento do trabalho de campo que, agravado pelo facto de haver um decréscimo no número de grávidas, não permitiu que a colheita de dados atingisse a saturação, tendo terminado a aplicação dos questionários atingidos os 102 participantes. A última limitação, mas não menos importante prendeu-se com a in experiência da investigadora.

CAPÍTULO VI – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Este capítulo pretende apresentar e analisar os resultados obtidos, através da investigação empírica com a caracterização da amostra, relativa às variáveis deste estudo.

Os dados obtidos foram analisados quantitativamente com o recurso à versão 12.0 do programa “statistical Package for Social Sciences” SPSS para Windows. As variáveis serão apresentadas com recurso à estatística descritiva pelo que não serão efectuados testes estatísticos e toda a interpretação dos dados se cingirá à amostra (Fortin, 2003)

Para se proceder à análise estatística, nomeadamente na parte II do questionário foi necessário codificar as respostas associando números às mesmas, onde o concordo tomou valor de 1, o discordo valor de 2, o não sei valor de 3 e o não responde valor de 4, na parte III, o sim valor de 1, o não valor de 2, o não responde valor de 3, na parte IV para o muito importante definiu-se o valor de 1, para o importante valor de 2, nada importante valor de 3 e o não responde valor de 4, a codificação do ponto V correspondeu ao 1, 2, 3, consoante a opção.

Tabela 1 – Resultados globais para o teste KMO e Bartlett's Test das varias dimensões

Dimensões do estudo	KMO	Bartlett's Test
Dimensões dos valores da saúde e ambiente	0,447	1087,762
Dimensão das práticas de saúde	0,329	2889,187
Dimensão do consumo	0,684	707,405
Dimensão do ambiente	0,737	146,988

Para analisar a consistência interna do questionário e a adequação da amostra aplicou-se o teste de esfericidade de Bartlett e o índice de Kaiser-Meyer-Glkin (KMO),

este teste indica que quanto mais próximo da unidade (1), melhor o resultado e mais adequada é a amostra (Pestana, 2000), o qual se pode observar na (tabela 1). Recorreu-se ainda ao Alpha de Cronbach (tabela 2) que mostrou a necessidade de transformar as variáveis num conjunto menor. Como se pode observar as correlações entre cada item oscilaram entre 0,112 como valor mínimo e 0,784 ara valor máximo.

Estes testes auxiliaram ainda na verificação das limitações do estudo. No que diz respeito ao tamanho da amostra, relativamente ao elevado número de itens que este possui, deveria ter sido mais abrangente, não tendo por isso a amostra sido saturada. Passa-se de seguida ao primeiro ponto deste capítulo com a caracterização da amostra.

Tabela 2 – Resultados da análise da consistência interna das dimensões do estudo

DIMENSÕES DO ESTUDO	ALPHA CRONBACH'S	ITENS AVALIADOS
Dimensões dos valores da saúde e ambiente	0,112	39
Dimensão das práticas de saúde	0,271	63
Dimensão do consumo	0,784	22
Dimensão do ambiente	0,704	10

8 – Caracterização e análise da Amostra

Para caracterizar a amostra farão parte 4 sub secções: 1 - Caracterização da amostra, 2-caracterização e análise dos valores de saúde, consumo e ambiente; 3-caracterização e análise das práticas de saúde e consumo, 4-caracterização da dimensão ambiente. Esta análise é apoiada nas leituras feitas e em resultados de outros estudos e também na reflexão pessoal.

Caracterização social da amostra

A análise dos dados de caracterização dos sujeitos da amostra, que se apresentam na Tabela 3 e Tabela 4 constituiu o ponto de partida de apreciação dos resultados obtidos nesta investigação.

A construção da Tabela 3 teve como suporte os dados recolhidos pelo instrumento de investigação (apêndice 1), nomeadamente a parte I com as variáveis sócio demográficas; idade, escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento familiar, profissão e conselho de residência.

A construção da Tabela 4 com os dados de caracterização dos sujeitos com base nas variáveis clínicas; unidade de saúde, quantas vezes esteve grávida, programação da gravidez, consulta antes de engravidar, trimestre de gravidez e frequência do curso de preparação para o parto.

Tabela 3 – Frequências da caracterização social dos sujeitos da amostra

CARACTERISTICAS		Frequências N	Frequências relativas %
Grupo Etário	18 – 25	1	1,0%
	26 – 30	19	18.6%
	31 – 35	27	26.5%
	36 – 40	40	39.2%
	>41	15	14.7%
Escolaridade	Ensino Básico	10	9.8%
	Ensino Secundário	45	44.1%
	Ensino Superior Universitário	47	46.1%
Profissão	Grupo 1 Quadros Superiores...	9	8.8%
	Grupo2Especialistas de profissões liberais	25	24.5%
	Grupo 3 Técnicos intermédios	7	6.9%
	Grupo 4 Pessoal administrativo	2	2.0%
	Grupo 5 Pessoal de serviços	17	16.7%
	Grupo 7 Operários	1	1.0%
	Grupo 8 Operadores de instalações	3	2.9%
	Grupo 9 trabalhadores não qulificados	15	14.7%
	Desempregadas	23	22.5%
Estado Civil	Casada	44	43.1%
	União de Facto	29	28.4%
	Solteira	25	24.5%
	Divorciada	3	2.9%
	Não responde	1	1%
Rendimento Familiar	<1 salário mínimo	25	24.5%
	1 a 2 salários mínimos	29	28.4%
	2 a 4 salários mínimos	37	36.3%
	>4 Salários mínimos	6	5.9%
	Não responde	5	4.9%
Conselho Da Residência	Lisboa	76	74.5%
	Amadora	7	6.9%
	Almada	3	2.9%
	Sintra	9	8.8%
	Oeiras	4	3.9%
	Loures	3	2.9%

Tabela 4 – Frequências da caracterização dos sujeitos relativa as variáveis clínicas

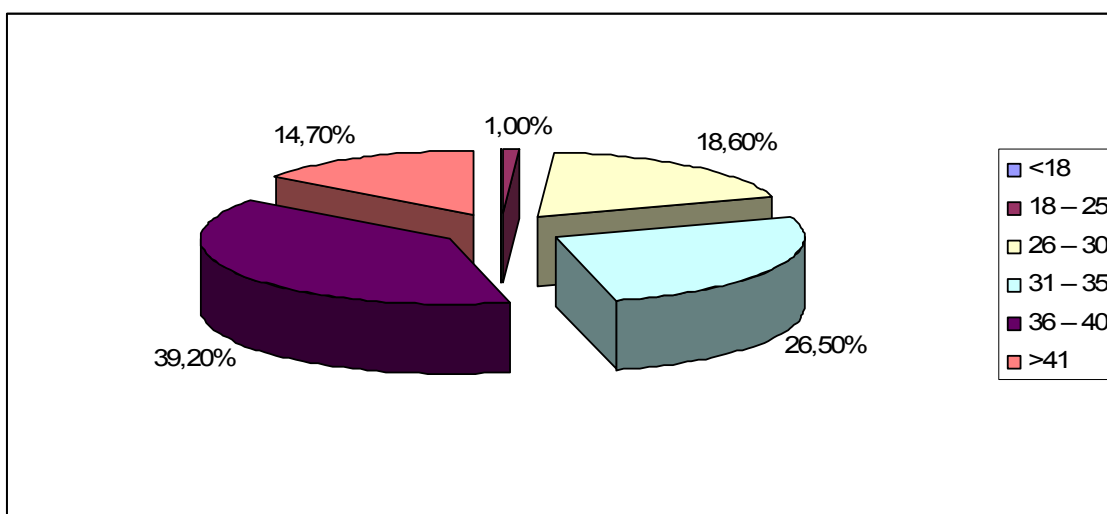
CARACTERISTICAS		Frequências N	Frequência Relativa %
Unidade de saúde	Carnide Quer	9	8,8
	Gerações	3	2,9
	Luz	1	1,0
	Parque	0	0%
	Rodrigues	3	2,9%
	Tílias	53	52,0%
	Alvalade	1	1,0%
	Alto Lumiar	2	2,0%
	Benfica	1	1,0%
	Charneca	1	1,0%
	Lumiar	2	2,0%
	Sete Rios	26	25,5%
Nº de vezes que esteve grávida	Uma	75	73,5%
	Duas	20	19,6%
	Três ou mais	7	6,9%
Programou a gravidez	Sim	63	61,8%
	Não	39	38,2%
Consulta antes de engravidar	Sim	53	52,0%
	Não	49	48,0%
Teve consulta Com	Enfermeiro	3	2,9%
	Medico	43	42,2%
	Ambos	10	9,8%
	Não responde	46	45,1%
Trimestre da gravidez	Primeiro	22	21,6%
	Segundo	29	28,4%
	Terceiro	51	50,0%
Frequenta P.P	Sim	48	47,1%
	Não	52	51,0%
	Não responde	2	2,0%
Pretende Frequentar	Sim	37	36,3%
	Não	16	15,7%

Observando as percentagens apontadas na Tabela 3 e 4 passa-se a descrever os aspectos que mais se destacam, em cada característica, para as variáveis independentes: idade, escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento familiar, profissão e conselho de residência. E para as variáveis clínicas

Distribuição dos sujeitos da amostra

Participaram no estudo um total de 102 grávidas, inscritas nos critérios de inclusão pré-definidos da amostra. Verifica-se através da análise dos resultados apresentados no gráfico 1, que a faixa etária predominante situa-se entre os 36 - 40 anos, o que representa 39,2% da amostra, a idade mínima observada situa-se no intervalo dos 18-25 anos com 1% e a máxima a de mais de 41 anos com 14,7%, A média de idades foi de 32,4 anos, com um desvio padrão de 4 e uma variância de 16.

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos por grupo etário



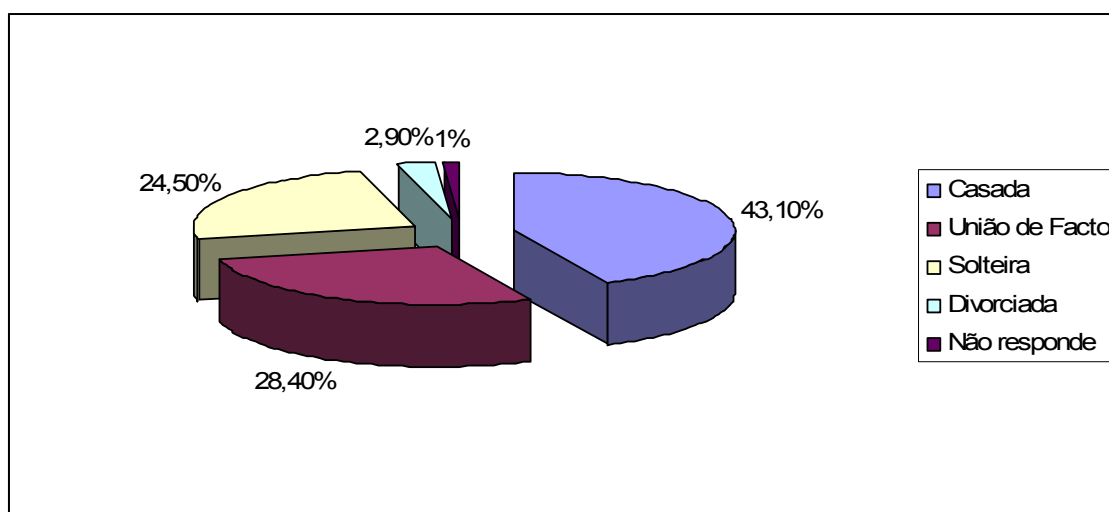
Em relação à idade dos sujeitos é necessário reflectir que, os profissionais de saúde recomendam que a mulher engravide até aos 35 anos de idade. Mas os tempos mudaram, e na actualidade as mulheres optam por ter o primeiro bebé após os 35 anos, quer seja pela sua entrada no mercado de trabalho ou pela sua carreira profissional. Desde o final dos anos 70 até hoje a taxa de nascimentos nessa faixa etária tem vindo a aumentar. Cada vez mais as mulheres adiam o nascimento do primeiro filho. No caso desta amostra a faixa etária predominante situou-se entre os 36 – 40 anos. Também os Censos 2001 verificaram que a idade média, para ter o primeiro

filho tem vindo a aumentar, e de acordo com dados de 2011 do INE as mulheres portuguesas têm vindo, progressivamente, a adiar o nascimento do primeiro filho.

Distribuição dos sujeitos relativamente ao estado civil

Relativamente à distribuição dos sujeitos face ao estado civil, podemos constatar que a categoria amostral mais significativa é a de “Casada” com uma percentagem de 43,1%, seguida da categoria de “União de facto” com 29 sujeitos (28,4%), 1 dos sujeitos não responderam (1,0%), a categoria “Solteira” com 25 (24,5%) e por último “divorciada” com 3 respostas (2,9%) como se pode observar na (Tabela 1 e gráfico 2)

Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por estado civil



Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

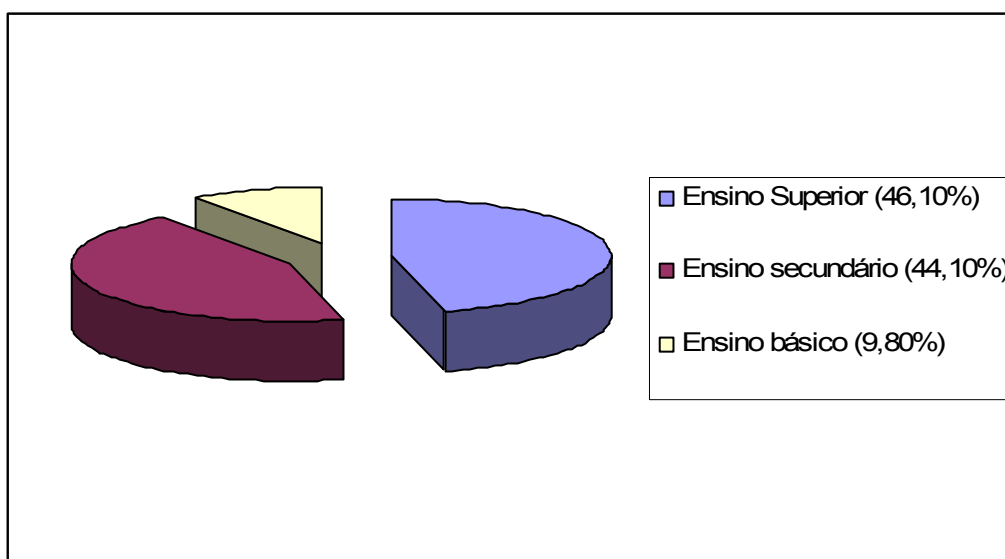
O modelo tradicional de conjugalidade tem vindo a ser alterado, observam-se mudanças entre as às diversas formas de casamento actuais observam-se mudanças, tanto nos papéis conjugais como nas expectativas em relação à união conjugal. Nesta amostra só 43,10% das inquiridas são casadas contrapondo com outras formas de conjugalidade. A instituição “casamento”, ao longo do tempo, tem sido moldada pelas determinações económicas, sociais, culturais, de classe e género, esta conjugalidade

pode ser definida como dimensão psicológica compartilhada, que possui uma dinâmica inconsciente com leis e funcionamento específicos (Araújo, 2002).

Distribuição dos sujeitos relativamente ao nível de escolaridade

Em relação ao nível de escolaridade (Gráfico 3), verifica-se que do total da amostra a maior expressão é a do grupo dos licenciados, com 47 sujeitos (46,1%), seguido do grupo representado pelo ensino secundário com 45 sujeitos (44,1%), no ensino básico com 10 sujeitos (9,8%). Esta amostra destaca-se pela positiva uma vez que o nível de escolaridade da população Portuguesa é baixa.

Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o nível de escolaridade



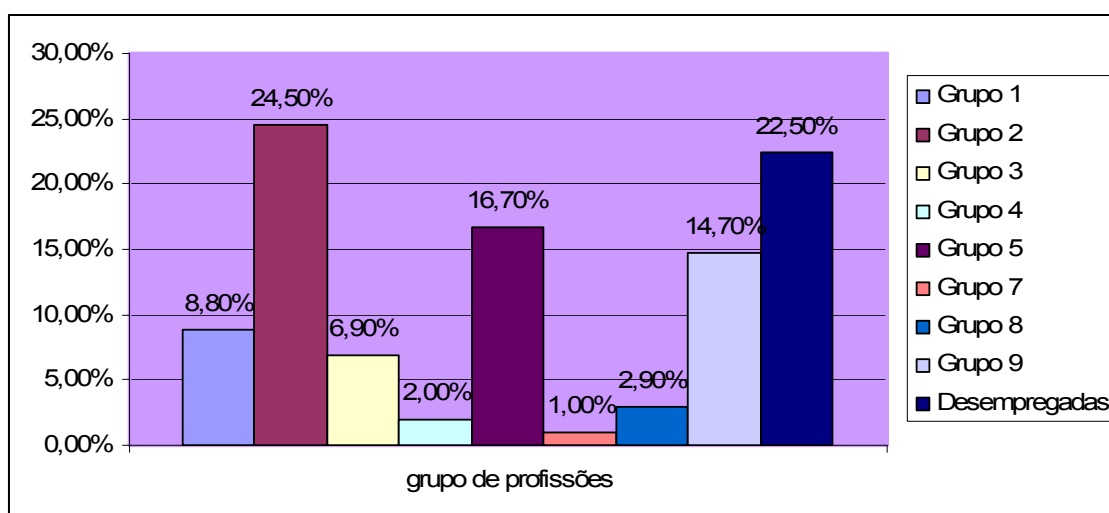
Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Distribuição dos sujeitos de acordo com a profissão

Para analisar a amostra segundo a actividade profissional a que pertencem, recorreu-se ao Instituto Nacional de Estatística (2003) e à Classificação Nacional de Profissões 1994, que classifica as profissões em 9 grandes grupos:

- 1 - Quadros superiores da administração pública, quadros superiores e dirigentes de empresas
- 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio
- 4 - Pessoal administrativo e similares
- 5 - Pessoal dos serviços e vendedores
- 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- 7 - Operários, artífices, e trabalhadores similares
- 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- 9- Trabalhadores não qualificados.

Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a profissão



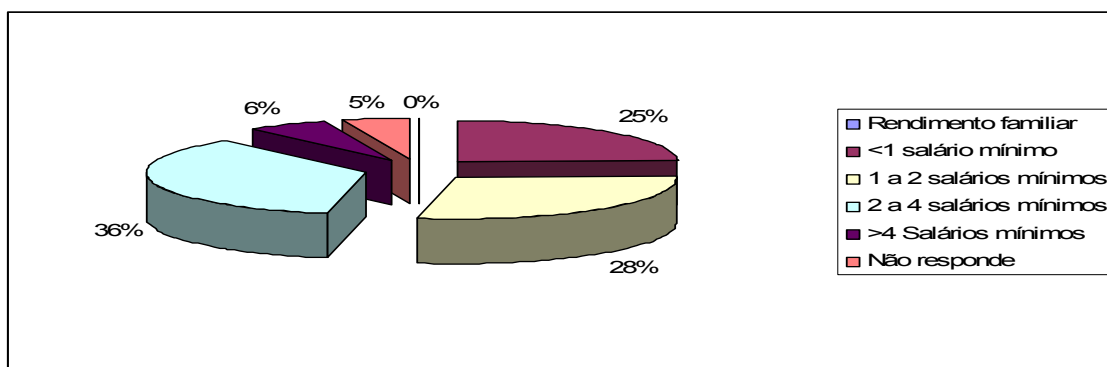
Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Verifica-se que prevalece o Grupo 2 “Especialistas das profissões intelectuais e científicas”, com 24,5%, seguido do Grupo 5 “Pessoal dos serviços e vendedores” com 16,7%, Grupo 9 “trabalhadores não qualificados” com 14,7% e o Grupo 1 “Quadros superiores da administração pública, quadros superiores e dirigentes de empresas” com 8,8%, 1% corresponde ao grupo de “operários e artífices”, 23% dos sujeitos encontravam-se desempregados (Tabela 1 e gráfico 4)

Distribuição dos sujeitos de acordo com o rendimento familiar

Relativamente ao rendimento familiar observa-se na Tabela 1 e gráfico 5 que a maior percentagem é a de 36,3% que corresponde ao intervalo dos 2-4 salários mínimos, precedida de 28,4% no intervalo de 1-2 salários mínimos, <1 salário mínimo corresponde uma percentagem de 24,5%, ao intervalo mais elevado de > 4 salários mínimos corresponde uma percentagem de 5,9%, não responderam 5 sujeitos, o que corresponde a 4,9% da amostra.

Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o rendimento familiar



Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Podemos comparar os sujeitos relativamente às habilitações escolares e situação laboral (Tabela 5). Dos 47 sujeitos com formação superior 7 encontram-se desempregados, dos 45 sujeitos com ensino secundário, 13 encontram-se desempregados, dos 10 sujeitos com ensino básico, 3 encontram-se desempregadas. Para esta amostra de sujeitos podemos afirmar que quanto maior for o grau de escolaridade, menor é a taxa de desemprego como se pode observar na (Tabela 4) também o observatório do Instituto do Emprego e Formação Profissional refere que são os menos qualificados os que têm a probabilidade de se encontrarem desempregados “ Quanto às profissões dos desempregados, os dados do Continente confirmam a elevada representatividade dos trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio” (IEFP, 2011; p1)

Tabela 5 – comparação da taxa de desemprego dos sujeitos com a formação académica

FORMAÇÃO ACADÉMICA	N	DESEMPREGADAS	%
Ensino Básico	10	3	30
Ensino Secundário	45	13	28,8
Ensino Superior Universitário	47	7	14,8

Tabela nº 6 – Comparação da formação académica com o rendimento familiar

FORMAÇÃO ACADÉMICA E RENDIMENTO FAMILIAR				
FORMAÇÃO ACADÉMICA	N Total	N Amostra	Rendimento familiar	%
Ensino Básico	10	4	<1 Salários mínimos	40%
		4	1-2 Salários mínimos	40%
		1	2-4 Salários mínimos	10%
		0	>4 Salários mínimos	0%
		1	Não responde	10%
Ensino Secundário	45	17	<1 Salários mínimos	37,8%
		17	1-2 Salários mínimos	37,8%
		6	2-4 Salários mínimos	13,3%
		1	>4 Salários mínimos	2,2%
		4	Não responde	8,4%
Ensino Superior Universitário	47	0	<1 Salários mínimos	0%
		7	1-2 Salários mínimos	14,9%
		30	2-4 Salários mínimos	63,9%
		5	>4 Salários mínimos	10,6%
		1	Não responde	2,1%

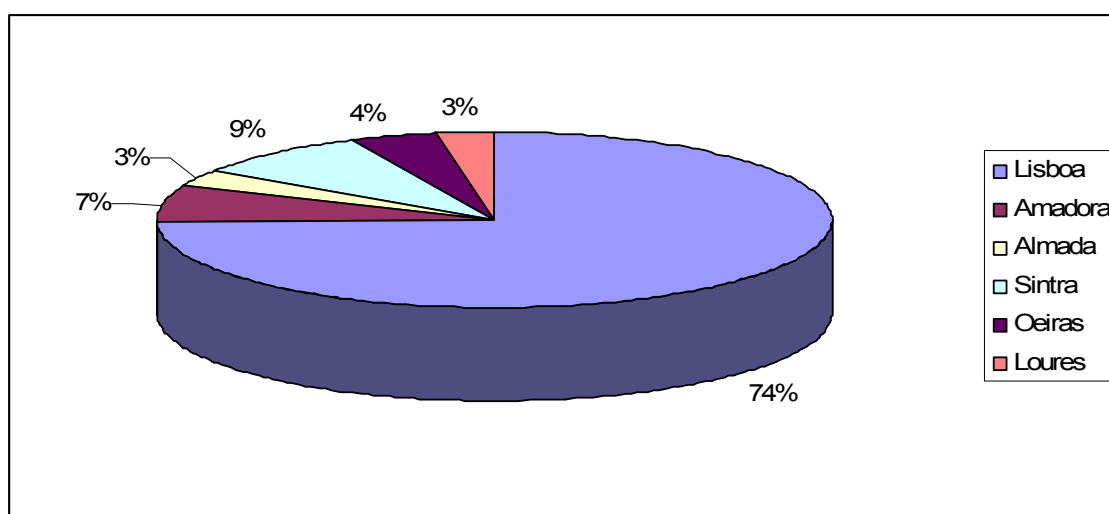
Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Ao compararmos os sujeitos relativamente ao rendimento familiar e escolaridade, podemos afirmar que quanto maior é o grau de escolaridade maior é o rendimento familiar como se pode observar na Tabela 6. Os detentores de cursos superiores desta amostragem a que corresponde 63,9% auferem dum rendimento de 2 a 4 salários mínimos, ao passo que só 13% dos detentores do Ensino secundário auferem rendimentos similares e só 10% dos detentores do Ensino básico auferem deste intervalo de rendimento, podemos ainda observar que nenhum detentor de curso superior nesta amostra auferem menos de um salário mínimo, ao passo de os detentores do ensino básico possuem uma percentagem de 40% neste intervalo, e os detentores do ensino secundário com 37,8% para o mesmo tipo de rendimento. Para esta amostra quanto maior é o nível académico maior é o rendimento familiar, conforme pode ser observado na Tabela 6.

Caracterização dos sujeitos de acordo com a residência

A distribuição dos sujeitos de acordo com o local de residência, podemos observar que 74,50% pertence ao concelho de Lisboa, seguindo-se com 8,80 % ao conselho de Sintra, seguindo-se 6,90%, Almada e Loures com 2,90% e Oeiras com 3,9%.

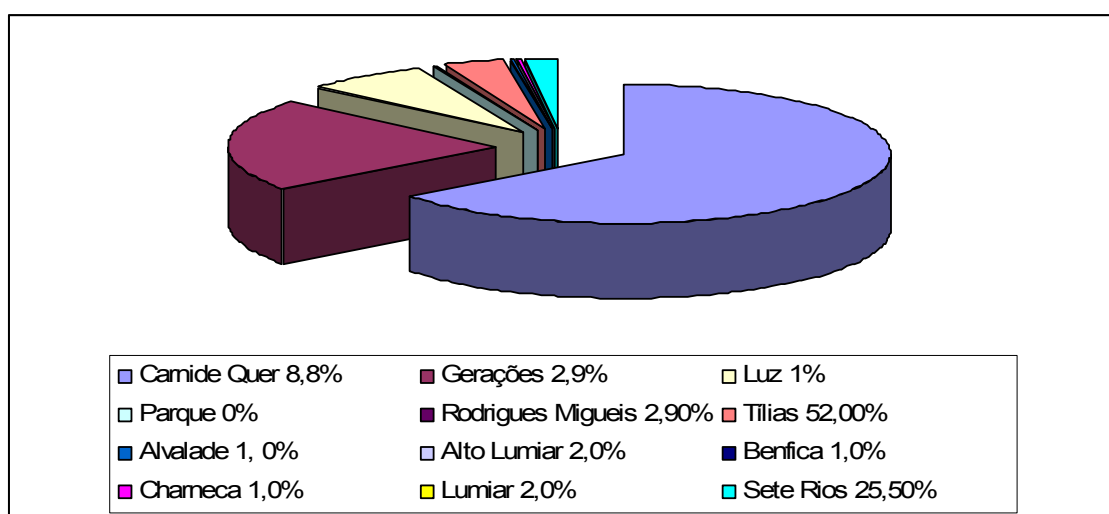
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência



Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Passemos agora á análise da (Tabela 2) a qual corresponde as variáveis clínicas, podemos verificar que a unidade de saúde com maior representatividade foi a USF Tílias com 52,0 % dos sujeitos também local de origem do estudo e da investigadora, seguida de Sete Rios com 25,5%, Carnide Quer com 8,8 % e restantes unidades de saúde entre 1,0% e 3,0% (gráfico 7).

Gráfico nº 7 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a unidade de saúde a que pertencem



Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Caracterização segundo o numero de gravidezes e preparação para o parto

Dos sujeitos 73,5% é a primeira vez que está grávida, 19,6% é a segunda vez e 6,9% é a 3ª ou mais. Das quais 61,8% programou a gravidez, mas destas só 52,0% efectuaram consulta antes de engravidar, das quais 2,9% só com enfermeira, 42,2% com médico e 9,8% com ambos médico e enfermeira. Existe ainda uma percentagem de 38,2% que não programou a gravidez como se pode observar no gráfico 2; 21,6% dos sujeitos encontrava-se no primeiro trimestre de gravidez, a maior percentagem 50,0% no terceiro trimestre de gravidez e 28,4% no segundo trimestre de gravidez.

Quanto à frequência da preparação para o parto 47,1% frequentava e 51,0% não frequentava, destas 36,3% pretende frequentar e 15,7% não pretende frequentar (tabela 2). Frequentar um Curso de Preparação para o Parto ajuda a mulher/ o casal a prepara-se para um momento tão importante das suas vidas, como a chegada de um

bebé. A preparação para o parto inclui a caracterização de cada uma das etapas, de cada momento, do que deve fazer e evitar, para que a participação da mulher seja a mais completa possível. As aulas permitem ainda uma melhor preparação da futura mãe, tanto a nível físico, como psicológico, permitem compreender melhor a maternidade e ajudam a tomar decisões mais saudáveis. Um melhor conhecimento vai possibilitar ao casal sentir-se mais seguro e tranquilo (Barros, 1999)

Relativamente à programação da gravidez podemos observar que 61,8% sujeitos, refere ter programado a gravidez e 38,2%, refere não ter programado (tabela 2); dado importante que demonstra a necessidade de continuar a divulgar a informação junto da população da necessidade e dos benefícios da consulta pré-concepcional.

Relativamente aos dados referentes à caracterização da amostra, parece ser importante tecer alguns comentários:

Os resultados estatísticos do estudo, apontam para um aumento da idade em que se opta por ter o 1º filho, surgem também alterações ao nível da conjugalidade, com o emergir das uniões de facto. Relativamente ao nível de escolaridade constata-se uma percentagem considerável de sujeitos com elevado grau de escolaridade, o que parece vir de encontro ao resultados dos censos apresentados em 2001 que dão conta que os casais optam por adiar o nascimento do primeiro filho em prol da carreira académica e profissional.

Segundo dados de Censos 2001, verificaram-se algumas evoluções no último decénio, relativamente ao aumento da idade média, aquando do nascimento do primeiro filho (de 26,2 para 27,7 anos), a diminuição do número de filhos por casal (o índice sintético de fecundidade passou de 1,6 para 1,5). Verificou-se ainda o decréscimo da nupcialidade que passou de 7,3 para 5,7, o que traduz a tendência para o emergir das novas configurações familiares. Os censos de 2011 embora só divulgados provisoriamente apontam no mesmo sentido.

A diminuição da morbilidade materno-fetal passa, entre outros aspectos, por um correcto planeamento da gravidez, daí a importância da consulta pré-Concepcional. **“A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num**

processo integrado e Contínuo de cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, na rotina da prática clínica. Sem contrariar esse entendimento fundamental, recomenda-se que, perante a decisão de uma futura gravidez, se realize uma consulta específica com o objectivo de actualizar e ponderar sobre os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes.” (DGS Nº: 02/DSMIA, 2006) Tendo em conta estas recomendações só 52,0% das inquiridas efectuaram consulta antes de engravidar, embora 61,8% tivessem programado a gravidez o que leva a concluir que é necessário aumentar a informação/formação desta necessidade antecipatoria a fim de diminuir os riscos de morbilidade na população.

Existe ainda também uma percentagem de 15,7% de sujeitos que recusa a preparação para o parto, é por isso também necessário reforçar a informação das grávidas sobre a importância da sua frequência, Couto citando Cordeiro diz que “...a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que povoa toda a mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipa de saúde (...) reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso...” (Couto, 2003; p21)

9 - CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS VALORES DA: SAÚDE, CONSUMO, AMBIENTE

Como ponto de partida para caracterizar este domínio elaboraram-se tabelas com os dados gerais do questionário, comparando taxas nas diferentes dimensões estudadas, recorrendo-se à estatística qualitativa e quantitativa, agrupando as diferentes dimensões para o que se pretendeu estudar, tendo por base os dados recolhidos na tabela 7. Procurou-se avaliar o total das respostas analisando os valores mais pontuados, comparativamente com os valores menos pontuados.

Tabela nº 7 – Frequências relativas dos valores da saúde e do ambiente

	Concordo	Discordo	Não sei
	Frequência relativa %	Frequência relativa %	Frequência relativa %
Saúde é estar bem fisicamente	74,5%	23,5%	2%
A grávida não deve ir ao dentista	10,8%	82,4%	6,9%
A grávida deve ir ao dentista pelo menos uma vez	72,8%	16,7%	10,8%
A grávida deve ir todas as semanas à Enfermeira/Médico	10,8%	82,4%	6,9%
Os problemas laborais não afectam a minha saúde	21,6%	70,6%	7,8%
Sinto que não estou bem quando fico nervosa	86,3%	11,8%	2,0%
A grávida deve fazer uma ecografia todos os meses	27,5%	59,8%	12,7%
A grávida deve fazer uma ecografia por trimestre	86,3%	10,8%	2,9%
A grávida pode fazer vacinas na gravidez	49%	20,6%	20,6%
A grávida pode tomar medicamentos na gravidez	42,2%	46,1%	11,8%
Quando não estou grávida só devo ir ao médico quando estou doente	15,7%	83,3%	0%
A grávida não pode beber café	36,3%	58,8%	4,9%
Estou bem esclarecida em relação à minha saúde	81,4%	9,8%	8,8%
A grávida deve comer alimentos ricos em ómega 3	79,4%	5,9%	10,7%
É preferível fumar do que ficar nervosa	19,6%	63,7%	16,7%
A grávida pode fazer exercício físico	92,2%	3,9%	3,9%
O que mais me preocupa é a minha saúde mental	39,2%	54,9%	5,9%
Tenho muitas dúvidas em relação à minha saúde	12,7%	84,3%	2,9%
A grávida deve ir todos os meses ao Médico/ Enfermeira	87,3%	9,8%	2,9%
Preocupa-me ficar desempregada	86,3%	10,8%	2,0%
Sinto que tenho rendimentos suficientes	39,2%	53,9%	6,9%
Gostava de fazer exercício físico mas é caro	48,0%	48,0%	3,9%
A grávida deve alterar a sua actividade sexual	18,6%	74,5%	6,9%
A grávida não deve frequentar piscinas	24,5%	60,8%	14,7%
Consumo mais azeite do que óleo	75,5%	20,6%	2,9%
Consumo mais óleo do que azeite	18,6%	76,5%	3,9%
O melhor para fritar é o azeite	57,8%	24,5%	17,6%
Os óleos aguentam temperaturas mais elevadas daí serem melhores para fritar	26,5%	40,2%	33,3%
Tenho por hábito comer frutos secos	52,2%	48,0%	0%
Não como frutos secos porque engorda	17,6%	72,5%	9,8%
Vou ao médico todos os anos	81,4%	12,7	0,9%

Nesta tabela podemos observar valores máximos com 8,3% referem-se “ a grávida deve ir todos os meses ao Médico/ Enfermeira”, comparativamente 15% de valor mínimo “Quando não estou grávida só devo ir ao médico quando estou doente” 81% refere ir ao médico todos os anos. Esta tabela serviu de base para a análise da dimensão dos valores da saúde do consumo e do ambiente analisados nos pontos seguintes.

9.1 - Caracterização da dimensão valores da saúde

Para caracterizar os valores da saúde, foi construída ainda a tabela 8 com frequências correspondentes aos valores de carácter facilitador da saúde, quer pelo reconhecimento das necessidades individuais, quer pelo que cada sujeito acredita ser correcto, construiu-se ainda a tabela 9 com os valores inibidores.

Tabela nº 8 – Frequências dos valores facilitadores de saúde

Valores facilitadores	Concordo Frequência N	Frequência Relativa %
Saúde é estar bem fisicamente (N 120)	76	74,5%
A grávida deve ir ao dentista pelo menos uma vez (N 120)	74	72,8%
Sinto que não estou bem quando estou nervosa (N 120)	88	86,3%
Deve fazer uma ecografia por trimestre (N 120)	88	86,3%
A grávida pode fazer vacinas na gravidez (N 120)	50	49%
A grávida não pode beber café (N 120)	37	36,3%
Estou bem esclarecida em relação á minha saúde (N 120)	83	81,4%

Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Analisando a (Tabela 8) podemos afirmar que para esta população de grávidas 81,4% o que corresponde a 83 grávidas, referem que “estão bem esclarecidas em relação à sua saúde”, no entanto só 49% destas concorda que “a grávida pode fazer vacinas na gravidez”, o que revela desconhecimento em relação a este ponto da saúde. Segundo o Plano Nacional de Vacinação “A vacinação durante a gravidez pode estar indicada se houver um risco elevado de infecção, se a doença implicar um risco significativo para a mãe e/ou para o feto e se o risco de reacções adversas à vacinação for aceitável (...) A decisão de vacinar contra o tétano durante a gravidez, assim como o número de doses a administrar, deve basear-se no **número total de doses de toxóide**

tetânico recebidas durante toda a vida da grávida - independentemente de se tratar da forma monovalente ou combinada da vacina - e no número de anos decorridos desde a última dose . A vacina a utilizar é a **Td**. É desejável que **uma mulher não vacinada na infância/adolescência** seja vacinada com um mínimo de 5 doses de toxóide tetânico durante a idade fértil”(Plano nacional de vacinação 2006, p. 53 -55)

Continuando a análise desta dimensão salienta-se que só 36,3% dos sujeitos concorda que “a grávida não pode beber café”, contrapondo com 58,8% (Tabela7) que pensa que “a grávida pode beber café” e 4,9% refere “não saber”. O conhecimento actual refere que o café não é benéfico para o feto “estudos em animais indicam que a cafeína leva à diminuição no crescimento intra-uterino fetal, redução do peso ao nascer, reabsorção fetal e teratogênese, nos estudos epidemiológicos os achados são, ainda, inconclusivos. Pelo fato de os alimentos com cafeína serem amplamente consumidos na gravidez, é importante avaliar se o uso dessa substância está associado com a redução da idade gestacional...” (Souza, Chichieri, 2005, p.643).

Tabela nº 9 – Frequências dos valores inibidores da saúde

Valores inibidores	Discordo Frequência N	Frequência Relativa %
A grávida não deve ir ao dentista	84	82,4 %
Os problemas laborais não afectam a minha saúde	72	70,6 %
A grávida pode tomar medicamentos durante a gravidez	47	46,1 %
É preferível fumar a ficar nervosa	65	63,7 %
Tenho muitas dúvidas em relação à minha saúde	86	84,3%

Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Se nos centrarmos nos valores inibidores da saúde, era esperado que os sujeitos discordassem da afirmação e, na verdade, a maioria discordou (tabela 9). Mas também podemos observar que 46,1 % discordou com a afirmação de que “a grávida pode tomar medicamentos durante a gravidez”, enquanto as recomendações gerais são de que o uso do medicamento durante a gravidez deve ser considerado nocivo, até que se prove o contrario (Castro, Pngartton e Silver, 2005).

É de ressaltar ainda que 63,7% refere que “é preferível fumar a ficar nervosa”, enquanto os estudos tem alertado para os efeitos nefastos associados ao aborto

espontâneo, gravidez ectópica, parto pré – termo, baixo peso ao nascer e morte fetal in útero (Polon 1994, Lima J 2002;Rosemberg,2003; Coreia 2007), existe por isso necessidade de continuar a informar e alertar as mulheres.

Resolveu analisar-se se para o conceito de saúde existia correlação directa com a idade, o que se pode observar na (tabela 10), onde podemos verificar que não existe uma relação directa entre o conceito e a idade.

Tabela 10 – Correlação do conceito de saúde com a idade

		Saúde é estar bem fisicamente			Total N
		Concordo	Discordo	Não sei	
Idade	18-25	1	0	0	1
	26-30	14	5	0	19
	31-35	19	8	0	27
	36-40	30	9	1	40
	>41	12	2	1	15
Total		76	24	2	102

Para continuarmos a analisar o conceito de saúde tentamos verificar se relativamente à questão “os problemas laborais não afectam a minha saúde”, cuja a opção correcta deveria ter sido “não concordo”, um número significativo dos sujeitos (70,6%) respondeu de forma adequada. Resolveu então verificar-se se existia relação directa com a idade. Também para este item os “problemas laborais não afectam a minha saúde” demonstrou existir uma distribuição equitativa nas diferentes idades (tabela 11) pelo que se afirma que os valores da saúde para esta população não são alterados pela faixa etária.

Tabela 11 – Correlação do conceito os “problemas laborais não afectam a minha saúde” com a idade

		Os problemas laborais não afectam a minha saúde			Total
		Concordo	Discordo	Não sei	
Idade	18-25	1	0	0	1
	26-30	2	13	4	19
	31-35	4	21	2	27
	36-40	11	27	2	40
	>41	4	11	0	15
Total		22	72	8	102

9.2 – Caracterização da dimensão valores de consumo

A caracterização desta dimensão recai sobre a análise da IV parte do questionário, para tal também foi construída uma tabela com as taxas das respostas (tabela 12).

Tabela 12 – Frequência relativa da dimensão valores de consumo

Valores perguntados	Muito importante	Importante	Nada importante
	Frequência relativa %	Frequência relativa %	Frequência relativa %
O preço	51 %	48%	1%
A qualidade	72,2%	26,5 %	1%
O tipo de embalagem	15,7%	60,8 %	23,5 %
Ter sido lançado à pouco tempo	3,9%	23,5 %	72,5 %
Ser de marca	2,0%	32,4 %	65,7 %
Ter uma embalagem atractiva	1,0%	34,3 %	64,7 %
A embalagem ser reciclada	8,8%	70,6 %	20,6 %
Gostar da publicidade do produto	4,9%	26,5 %	68,6 %
A utilidade do produto	58,8%	38,2 %	2,9 %
Ser saudável	77,5%	20,6 %	2,0 %
Ser prático	62,7%	35,3 %	2,0 %
Dar pouco trabalho se for para confeccionar	21,6%	49,0 %	29,4 %
Ficar feliz	53,9%	43,1 %	2,9 %
Ser reciclado	22,5%	68,6 %	8,8 %
Saber quem o fabricou	23,5%	46,1 %	30,4 %
O ambiente do local da compra	29,4%	49,0 %	21,6 %
Estar em promoção	29,4%	57,8 %	12,7 %
Estar na moda	5,9%	24,5 %	30,9 %
Ser atractivo	8,8%	49,0 %	42,2 %
A sua funcionalidade	52,0%	41,2 %	5,9 %
Por querer experimentar independentemente da necessidade	7,8%	40,2 %	52,0 %
Por me terem dito que é bom	6,9%	62,7 %	30,4 %

Podemos verificar que nesta amostra o que é referido como mais importante em relação ao consumo “é ser saudável” com 77,5%, seguido da “qualidade do produto” com 72,2%, depois “ser prático” com 62,7%, a “utilidade” com 58,8%, posteriormente “ficar feliz” com 53,9% e a sua “ funcionalidade” com 52,9%.

Na categoria de importante o item de maior valor é a “embalagem ser reciclada” e o produto “ser reciclado” com 68,6%, “por me terem dito que era bom”

com 62,7%, seguindo-se “estar em promoção” com 57,8% ser “atractivo” e “dar pouco trabalho a confeccionar” e o “ambiente do local da compra” surgem com 49,0%, saber “quem o fabricou” surge com 46,1%.

Na categoria de nada importante surge “ter sido lançado à pouco tempo” com 72,5% representando o maior valor desta categoria, seguindo-se de “ter uma embalagem atractiva” com 64,7%, “gostar da publicidade do produto” com 68,6%, “por querer experimentar independentemente da necessidade” com 52,0%, “estar na moda com” 30,9%.

Face à análise dos questionários, podemos dizer que para este grupo amostral de grávidas o valor mais importante quando vai adquirir um produto, é ser saudável e ter qualidade, bem como ser útil e prático o que a torna feliz. Considera ainda importante que tanto o produto como a embalagem sejam reciclados, e se alguém lhe disse que era bom é também tido em conta, bem como o estar em promoção e ser atractivo, dando ainda importância ao ambiente do local de compra, bem como saber a origem do produto. Referem como nada importante, o ter sido lançado há pouco tempo, a embalagem, a publicidade do produto, o querer experimentar e o estar na moda.

9.3 – Caracterização da dimensão valores do ambiente

Para analisar esta dimensão também se construíram tabelas de taxas comparativas e de frequência.

Tabela 13 – Frequências comparativas dos valores do ambiente

	Concordo		Discordo		Não sei	
	Frequência N	Frequência relativa %	Frequência N	Frequência relativa %	Frequência N	Frequência relativa %
Carro híbrido	27	26,5	21	20,6	54	52,9
Carro a gasolina	13	12,7	51	50,0	38	37,3
Carro a diesel	40	39,2	25	24,5	37	36,3
Energias renováveis são boas opções	86	84,3	2	2,0	14	13,7
Fraldas descartáveis	76	74,5	10	9,8	16	15,7
Fraldas reutilizáveis	25	24,5	50	49,0	27	26,5
Usar toalhetes	92	90,2	2	2,0	8	7,8
Pretendo amamentar	101	99,0	1	1,0	0	0

Fonte: Inquéritos aplicados entre 6 de Dezembro 2010 e 15 Maio 2011

Considerou-se a amamentação um valor do ambiente em vez de um valor de saúde o que seria mais imediato, uma vez que amamentar é um acto natural da mulher possuindo na sua génese uma raiz ecológica, considerando ainda o aspecto referente à questão industrial da produção do leite em pó, desde a transformação de matas em pastagens, da energia gasta para desidratar o leite natural, da produção de vidro e plástico para biberões e tetinas, das latas do papel dos rótulos das tintas, e dos diferentes recipientes para acondicionar o leite. Podemos ainda referir o combustível gasto na sua distribuição, e os resíduos causados depois de deixarem de ser necessários os biberões e as tetinas entre outros utensílios.

Nesta amostra a questão “pretendo amamentar” apresentou-se com um resultado muito satisfatório com 99% o que correspondeu 101 sujeitos que demonstram pretender amamentar.

Debrucemo-nos agora sobre “as energias renováveis serem uma boa opção”, ao qual corresponde 84,3% com a opção de concordo, o que denota uma sensibilidade ambiental da população estudada, no entanto só ainda 26,5% optaria por “comprar um carro híbrido”, o qual de todas as opções apresentadas corresponderia à opção

correcta em termos de preocupações ambientais. Em relação às fraldas só 24% demonstra a preocupação de “utilizar fraldas reutilizáveis”, contrapondo com 74,5% que refere que pensa vir a “utilizar fraldas descartáveis”, não foi questionado o motivo, mas muitas vezes é verbalizado que sai mais caro. Parece ainda existir pouca sensibilidade ambiental no que diz respeito à utilização de fraldas reutilizáveis. Mas esta é uma questão relevante pois a Quercus estima que a cada ano seja produzido cerca de 40.000 ton. de lixo em fraldas infantis (Quercus, 2010). Não só as fraldas descartáveis foram a opção como também 90,2% pretende utilizar toalhetes. Nesta dimensão o valor da moda é 101 e corresponde ao item “ Pretendo amamentar” o qual apresentou uma grande significância.

Procurou-se perceber se a opção de escolha fraldas descartáveis ou fraldas recicladas tinha ou não relação directa com a idade a escolaridade e o rendimento.

Tabela 14 – Relação entre a variável idade e as “fraldas reutilizáveis”

		Fraldas reutilizáveis			Total
		Concordo	Discordo	Não sei	
Idade	18-25	0	1	0	1
	26-30	5	10	4	19
	31-35	4	15	8	27
	36-40	11	20	9	40
	>41	5	4	6	15
Total		25	50	27	102

Tabela 15 – Relação entre a variável rendimento e as “fraldas reutilizáveis”

		Fraldas reutilizáveis			Total
		Concordo	Discordo	Não sei	
Rendimento familiar	<1 Salário mínimo	7	11	7	25
	1 a 2 salários mínimos	5	17	7	29
	2 a 4 salários mínimos	10	16	11	37
	> 4 Salários mínimos	3	2	1	6
	Não responde	0	4	1	5
Total		25	50	27	102

Existe relação directa pouco significativa, a idade e a utilização das fraldas reutilizáveis, como se pode observar na (tabela 14); também entre o rendimento e a opção de utilização das fraldas reutilizáveis (tabela 15) também se verifica que quanto

maior é o rendimento maior é a percentagem de concordo, podemos verificar que para esta população de um total de 6 grávidas que auferem de rendimento superior, 3 concordam com a utilização de “fraldas reutilizáveis”, comparativamente com 28 % das que auferem de menos de um salário mínimo, o que corresponde a 7 grávidas.

Tabela 16 – cálculo do teste chi-quadrado

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,134(a)	8	,632
Likelihood Ratio	6,816	8	,557
Linear-by-Linear Association	,000	1	,996
N of Valid Cases	102		

Ao calcular o teste chi - quadrado para a variável idade e escolaridade em relação às fraldas reutilizáveis conclui-se pela sua positividade, ou seja que existe uma relação directa entre a variável idade e escolaridade para a opção fraldas reutilizáveis com um valor de 6,134 como se pode observar (tabela 16), das 6 células (40,0%) têm esperado contar menos de 5. A contagem mínima esperada é de 25, donde se observou um diferencial de 8. Em relação à escolaridade os dados revelam uma relação directa, ou seja tendem a concordar mais as grávidas com maiores níveis de escolaridade (tabela 17)

Tabela 17 –Relação entre a variável escolaridade e as “ fraldas reutilizáveis”

		Fraldas reutilizáveis			Total
		Concordo	Discordo	Não sei	
Escolaridade	Ensino básico	1	6	3	10
	Ensino secundário	7	25	13	45
	Ensino superior/universitário	17	19	11	47
Total		25	50	27	102

10 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E CONSUMO

Inicia-se esta dimensão com a análise dos resultados correspondentes à parte III do questionário com a tabela das Frequências absolutas das práticas de saúde e de consumo (tabela 18).

Tabela 18 – práticas de saúde e consumo

	Frequências relativas do Sim	Frequências relativas do Não	Não responde
Não ingiro bebidas alcoólicas	94,1%	5,9%	
Aplico creme para prevenir que a pele estale	94,1%	5,9%	
Habitualmente subo por elevador	63,7%	36,3%	
Sempre fiz exercício físico	41,2%	58,8%	
Como mais peixe do que carne	37,3%	62,7%	
Faço exercício físico pelo menos duas vezes por semana	30,4%	69,6%	
Antes de estar grávida não fazia exercício físico	30,4%	69,6%	
Tento comer uma refeição de peixe e outra de carne	81,4%	18,6%	
Estou imune à toxoplasmose	33,3%	62,7%	
Estou a tomar medicamentos	42,2%	57,8%	
Bebo 6 copos de água por dia	65,7%	34,3%	
Bebo menos de 6 copos de água por dia	40,2%	59,8%	
Como vegetais todos os dias	67,6%	32,4%	
Quando soube que estava grávida alterei os meus hábitos alimentares	71,6%	28,4%	
Só fumo até 5 cigarros por dia	13,7%	86,3%	
Não gosto de vegetais	34,3%	65,7%	
Comecei a tomar ácido fólico antes de engravidar	41,2%	58,8%	
À refeição gosto de beber um copo de vinho tinto	8,8%	91,2%	
À refeição gosto de beber um copo de vinho branco	6,9%	93,1%	
Antes de engravidar bebia bebidas espirituosas	20,6%	79,4%	
Mantenho o número de refeições que tinha antes de engravidar	37,3%	61,8%	
Gosto de comer hortaliças	83,3%	15,7%	
Acompanho a refeição com refrigerante	26,5%	73,5%	
Bebo até dois cafés por dia	43,1%	59,9%	
Estou a tomar suplementos alimentares	45,1%	54,9%	
Preocupo-me em consumir alimentos ricos em cálcio	86,3%	13,7%	
À refeição gosto de beber sumo	42,2%	57,8%	
Pratico natação	19,6%	80,4%	
Como 3 peças de fruta por dia	70,6%	29,4%	
Tenho estrias	45,1%	54,9%	
Verifiquei o meu estado vacinal antes de engravidar	55,9%	44,1%	
Faço a maior parte das refeições em casa	77,5%	22,5%	
Tomo sempre o pequeno-almoço quando chego ao local de trabalho	36,3%	63,7%	
Consumo mais peixe congelado do que fresco	49%	51%	
Faço mais de 6 refeições por dia	48%	52%	
Não tenho tempo de ir ao mercado	42,2%	57,8%	
Passei a comer mais proteínas quando soube que estava grávida	59,8%	40,2%	
Todas as semanas como pelo menos dois bolos	42,2%	58,9%	
Antes de estar grávida fumava	32,4%	67,6%	
Antes de estar grávida fazia grandes caminhadas	45,1%	53,9%	
Apanho sol todos os dias	27,5%	71,6%	1%
Passo mais de 7 horas no local de trabalho	55,9%	44,1%	
Prefiro beber água engarrafada	53,9%	46,1%	

Passo menos de duas horas por dia ao ar livre	67,6%	31,4%	
Compro vegetais congelados	47,1%	52,9%	
Ando a pé todos os dias	69,6%	30,4%	
Faço as compras de supermercado na Internet	14,7%	85,3%	
Prefiro fazer as compras pessoalmente	92,2%	7,8%	
Passo mais de 3h por dia ao computador	40,2%	59,8%	
Consumo produtos biológicos	39,2%	60,8%	
Gosto de beber leite	78,4%	20,6%	
Prefiro comer carne a peixe	53,9%	46,1%	
Fumo mais de 5 cigarros por dia	9,8%	89,2%	
Como fritos só duas vezes por semana	37,3%	61,8%	
Como mais peixe gordo do que magro	42,2%	57,8%	
Como mais peixe magro do que gordo	45,1%	54,9%	
Depois de ter o meu bebé volto aos meus hábitos	46,1%	52,9%	

10.1 – Caracterização da dimensão práticas de saúde

Para a análise das práticas relacionadas com a saúde, também foram construídas tabelas de forma a agrupar e analisar as diferentes práticas.

Práticas referentes as hábitos alimentares

Inicia-se esta dimensão com a análise dos hábitos alimentares, que podem ser observados na (tabela 19). Podemos verificar que 81,4% da amostra refere tentar fazer “uma refeição de carne e outra de peixe”, no entanto 37,3% refere que “come mais peixe”; do qual 42,2 % é “peixe gordo” e 53,9% refere “preferir a carne”; 34,3% refere “não gostar de vegetais”, mas em simultâneo um valor representativo da amostra refere “gostar de comer hortaliças” com 83,3%; 86, 3% refere preocupar-se em consumir “alimentos ricos em cálcio”

Ainda existe uma percentagem significativa de 40,2% que ingere água em quantidade insuficiente, e 37,3 que mantém o número de refeições que tinha antes de engravidar. Aparentemente esta amostra consome os vários alimentos oriundos da pirâmide alimentar.

É muito importante que a grávida ingira alimentos saudáveis, que sigam as directrizes da pirâmide alimentar ou roda dos alimentos.

Tabela 19 – Frequência relativa das práticas alimentares

Práticas alimentares	Frequências relativas % das que Concordam com a afirmação
Como mais peixe do que carne	37,3%
Tento comer uma refeição de peixe e outra de carne	81,4%
Bebo 6 copos de água por dia	65,7%
Bebo menos de 6 copos de água por dia	40,2%
Como vegetais todos os dias	67,6%
Não gosto de vegetais	34,3%
Mantenho o número de refeições que tinha antes de engravidar	37,3%
Faço mais de 6 refeições por dia	48%
Gosto de comer hortaliças	83,3%
Preocupo-me em consumir alimentos ricos em cálcio	86,3%
Faço mais de 6 refeições por dia	48%
Prefiro comer carne a peixe	53,9%
Como fritos só duas vezes por semana	37,3%
Como mais peixe gordo do que magro	42,2%
Como mais peixe magro do que gordo	45,1%
Como 3 peças de fruta por dia	70,6%

O recomendado pelos profissionais de saúde, é que as grávidas ingiram alimentos a cada 3 horas de modo a fraccionar a alimentação e manter um nível constante de glicemia no sangue, mas só 48% deste grupo amostral cumpre esta orientação efectuando mais de 6 refeições por dia.

Podemos verificar que existe uma preocupação em ingerir alimentos ricos em cálcio o que corresponde a 86,3% da amostra, o que demonstra que a população desta amostra estará informada para a necessidade de ingestão deste mineral durante a gravidez que deve ter um aporte entre 1200 – 1500 mg diárias (Graça, 2005).

Práticas nocivas para a saúde da mãe e do feto

Para esta análise construímos a (tabela 20) a qual corresponde às práticas nocivas para a saúde da mãe e do feto, é de ressaltar que 8,8% refere “gostar de beber vinho tinto à refeição” e 6,9% “vinho branco”. Não conseguimos saber qual a

frequência deste consumo, no entanto também um estudo Brasileiro revelou que 1,3% de 400 grávidas entrevistadas consumia diariamente bebidas alcoólicas (Zuleika e Miriam, 2004)

Tabela 20 – TX de Práticas nocivas para a saúde da mãe e do feto

Práticas Nocivas	% das que Concordam com a afirmação
À refeição gosto de beber um copo de vinho tinto	8,8%
À refeição gosto de beber um copo de vinho branco	6,9%
Acompanho a refeição com refrigerante	26,5%
Bebo até dois cafés por dia	43,1%
Só fumo até 5 cigarros por dia	13,7%
Antes de estar grávida fumava	32,4%
Fumo mais de 5 cigarros por dia	9,8%

Centremos agora a análise no consumo de cigarros e podemos concluir que 32% das grávidas “fumava antes de engravidar”, das quais 9,8% “fuma mais de 5 cigarros por dia” e 13,7% “fuma até 5 cigarros por dia”, podemos ainda afirmar que para as grávidas deste estudo 9,2%, deixou de fumar pela análise comparativa dos dados. Também um estudo levado a cabo na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria em Lisboa, com uma amostra de 475 puérperas, verificou que (35%) das grávidas deixaram de fumar durante a gravidez, e as que mantiveram este hábito reduziram significativamente o consumo de cigarros, passando de 19,3 para 10,5 e de 8,8 + 7,9 cigarros/dia. (Correia et al, 2007).

Em relação à “ingestão de cafeína” vários estudos consultados relatam que o consumo médio de cafeína tende a permanecer o mesmo durante a gravidez (Watkinson B, Fried, 1985; Fortier I, Marcoux S, Beaulac-Baillargeon L, 1993; Erkkola M, Karppinen M, Javanainen J, Rasanen, 2001); neste caso 43,1% das inquiridas continua a consumir café e ingere até dois cafés por dia.

Práticas de saúde em geral

Tabela 21 – Taxa das Práticas gerais de saúde

Práticas de saúde em geral	% Das que Concordam com a afirmação
Estou a tomar suplementos alimentares	45,1%
Tenho estrias	45,1%
Verifiquei o meu estado vacinal antes de engravidar	55,9%
Antes de estar grávida fazia grandes caminhadas	45,1%
Apanho sol todos os dias	27,5%
Passo mais de 7 horas no local de trabalho	55,9%
Deixo o carro na garagem	32,4%
Passo menos de 2h por dia ao ar livre	67,6%
Ando a pé todos os dias	69,6%

Relativamente às práticas de saúde em geral, as quais podem ser observadas na (tabela 21), 69,6% dos sujeitos refere, que “anda a pé todos os dias”, só 27,5% considera “apanhar sol todos os dias”, e 67,6% referem passar “ menos de 2 horas ao ar livre” dados que são contraditórios nesta amostra.

Ao observar o item da verificação do estado vacinal deparamo-nos com 55,9%, de “verifiquei o meu estado vacinal antes de engravidar”, embora fosse esperado uma maior percentagem, já que 61,8% programou a gravidez (ver Gráfico 8). Uma outra constatação preocupante é que só 45,1% dos sujeitos refere estar a fazer suplementos alimentares, resta saber se é por considerar o ácido fólico como um medicamento, ou não estar a tomar de todo o que seria grave.

Podemos ainda verificar (tabela 22) que 71,6% refere que alterou os seus hábitos, o que vai de encontro ao referido por alguns autores. “Na fase da gravidez os hábitos de consumo geralmente são modificados, principalmente no que diz respeito à alimentação. Gestantes sentem novas sensações e ocorrem mudanças de humor constantes, o que influencia directamente o consumo” (Pena, Coutinho, Pépece, 2010, 3)

Embora verifiquemos também que 37,3% mantenham o “mesmo número de refeições”. Dos hábitos alterados 46,1% dos sujeitos, refere que “volta aos antigos”, o

que nos leva a inferir que para esta população, 25,5% dos sujeitos tem em mente manter os novos hábitos.

Tabela 22 – Taxa de manutenção de práticas

Manutenção das práticas	% Das que Concordam com a afirmação
Quando soube que estava grávida alterei os meus hábitos alimentares	71,6%
Mantenho o número de refeições que tinha antes de engravidar	37,3%
Depois de ter o meu bebe volto aos meus hábitos	46,1%

10.2 – Caracterização da dimensão práticas de consumo

Esta dimensão pretendeu conhecer quais as práticas de consumo presentes nesta amostra, nomeadamente na forma de fazer compras se presencialmente ou não.

Tabela 23 – Taxa de frequências das práticas de consumo

	As que responderam afirmativamente	
	N	%
Não tenho tempo de ir ao mercado	43	42,2%
Prefiro Comprar pessoalmente	94	92,2%
Faço compras de supermercado na Internet	16	14,7%
Compro mais produtos biológicos	22	21,6
Prefiro embalagens de vidro	31	30,4%

Como podemos verificar na (tabela 23), a preferência vai para “efectuar compras presencialmente” com uma taxa de 92,2%, comparativamente com a taxa de 14,7% de “compras pela Internet”, 21,6% refere preferir “comprar produtos biológicos” e 30,4% “prefere embalagens de vidro”. É ainda de salientar que 42,2% refere “não ter tempo para ir ao mercado”. A participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado, e o conciliar a actividade laboral com o quotidiano parece estar na base das opções relativamente à aquisição de bens para esta amostra.

Em relação à preferência de embalagens de vidro podemos verificar que desta amostra só 30% é que prefere comprar embalagens de vidro. O vidro é um produto 100% reciclável e pode ser processado inúmeras vezes, ao contrário de outros

materiais, o vidro é também uma das melhores embalagens, para embalar produtos alimentares, devido a não ser tóxico, é quimicamente inerte à maioria das substâncias é impermeável aos gases e à humidade, resistente ainda a elevadas temperaturas, não transmitindo assim odores ou sabores, mas tem como desvantagem ser de preço mais elevado e quebradiço (Mariano, 2008). Para esta amostra a opção pelo uso da embalagens de vidro foi pequena o que requer que no futuro se divulguem melhor as suas vantagens junto da população, já que tem vantagens para a saúde e para o ambiente.

11 – CARACTERIZAÇÃO DA DIMENSÃO RELATIVA AO AMBIENTE

Esta dimensão destinou-se a perceber qual a percepção dos efeitos do ambiente nas grávidas, na sua maioria ambiente físico com 8 itens, uma considerada como ambiente sonoro; e uma como ambiente social.

11.1 – Análise do ambiente físico

O ambiente físico pode ser condicionante da saúde, nomeadamente através dos vários componentes: clima, água, solo, ruído, resíduos, produtos químicos, alimentação, saneamento básico e radiações. Procurou-se saber para esta amostra de grávidas, quais os factores relativos ao ambiente que mais as incomodavam por se encontrarem grávidas, para tal foram construídas tabelas com as frequências dos vários factores ambientais.

A qualidade da água em Portugal é regulada pela Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR), a qual elabora planos e faz a gestão da rede pública, afirmando ainda que a água em todo o território nacional é de qualidade. No entanto, mesmo estando num país com um bom controlo de saneamento básico e da qualidade da água, esta população de grávidas demonstrou uma preocupação com a qualidade da água, 63,7% referiram “A qualidade da água sempre me preocupou” e só 33% refere “ Preocupo-me mais agora com a qualidade da água”, pelo que os dados demonstram que para esta amostra de grávidas a preocupação com a qualidade da água não se alterou com a gravidez, tendo estado sempre presente.

A reciclagem tem sido uma preocupação das ultimas décadas, muito associada aos estilos de vida e ao consumo em massa geradores de muitos resíduos, tendo a mesma surgido pela necessidade de transformar produtos em fim de ciclo de vida em matérias prima para ser incorporada em novos processos de produção, assim poupando o planeta. A nossa amostra revelou pela observação da (tabela 24) grávidas com sensibilidade ambiental já que 58,8% das grávidas, já reciclavam antes de engravidar, 31, 4 % passou a reciclar e só 9,8% diz nunca ter reciclado. Além dos aspectos económicos que possam estar na origem da reciclagem na sua génese está a redução dos impactos ambientais associados ao processamento de vários materiais, e este grupo amostral parece estar consciente desta necessidade.

Tabela 24 – Frequências relativas do ambiente físico

Qualidade da água	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – Preocupo-me mais agora com a qualidade da água.	33	32,4
2 – Preocupo-me menos agora com a qualidade da água.	4	3,9
3 – A qualidade da água sempre me preocupou	65	63,7
Reciclagem do Lixo	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – Preocupo-me mais agora em reciclar os lixos	32	31,4
2 – Nunca reciclei os lixos antes	10	9,8
3 – Sempre me preocupei com a reciclagem	60	58,8
Temperatura – calor	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – O calor incomoda-me mais agora do que antes	59	57,8
2 – O calor incomoda-me menos do que antes	11	10,8
3 – O calor sempre me incomodou	32	31,4
Temperatura – Frio	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – O frio incomoda-me mais agora do que antes	21	20,6
2 - O frio incomoda-me menos agora do que antes	28	27,5
3 – O frio sempre me incomodou	53	52,0
Qualidade do ar	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – A qualidade do ar incomoda-me mais agora do que antes	54	52,9
2– A qualidade do ar incomoda-me menos agora do que antes	8	7,8
3 – A qualidade de ar sempre me incomodou	40	39,2
Alterações ambientais	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – As alterações ambientais preocupam-me mais agora do que antes	32	31,4
2 – As alterações ambientais preocupam-me menos agora do que antes	3	2,9
3 – As alterações ambientais sempre me preocuparam	67	65,7
Rede de transportes	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – A rede de transportes é suficiente para a minha mobilidade	54	52,9
2 - A rede de transportes não é suficiente para a minha mobilidade	14	13,7
3 – Não utilizo a rede de transportes públicos	34	33,3
Áreas verdes	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – As áreas verdes do local onde resido são suficientes.	34	33,3
2 - As áreas verdes do local onde resido são escassas.	27	26,5
3 – A falta de áreas verdes sempre me preocupou	41	40,2

Durante a gravidez a tiróide e as glândulas supra-renais aumentam a sua actividade e consequentemente produzem uma elevação na temperatura corporal. Se a isto juntarmos uma temperatura ambiente elevada, nomeadamente durante o Verão, é natural que durante a gravidez a mulher sinta mais os efeitos do calor do que qualquer outra pessoa, embora a sua resposta fisiológica seja idêntica a de qualquer outra pessoa. Podemos observar na (Tabela 24) que 57,8 % das grávidas refere “– O calor incomoda-me mais agora do que antes”; 10,8% refere “que a incomoda menos do que antes”; 31,4% refere “ o calor sempre me incomodou”, os resultados mostram, que as mulheres, são mais sensíveis ao calor quando se encontram grávidas.

A poluição atmosférica tem sido uma preocupação das sociedades nas últimas décadas, pelo aumento de agentes poluentes capazes de interferir na saúde, de onde se destacam o dióxido de carbono, o monóxido de carbono, o metano, o óxido de azoto, etc. gases são os responsáveis ainda pelo aumento do efeito de estufa. Quando confrontadas com a questão da qualidade do ar, a maioria das inquiridas refere que “A qualidade do ar incomoda-me mais agora do que antes” com 52,9% da amostra; só 7,8 % refere que “A qualidade do ar incomoda-me menos agora do que antes”, e 39,2% refere que “A qualidade de ar sempre me incomodou”.

O deficiente ordenamento do território, e a elevada densidade de construção nas cidades torna escassa a oferta de espaços verdes. Procurou-se saber se para estas grávidas, os espaços verdes na sua zona residencial eram considerados suficientes; verificou-se que 40,2% refere “A falta de áreas verdes sempre me preocupou” 33,3% refere “As áreas verdes do local onde residio são suficientes” e 26,5% refere “As áreas verdes do local onde residio são escassas”. Ao analisarmos a relação entre a residência e as áreas verdes (Tabela 32), podemos verificar que existe uma distribuição uniforme da preocupação.

A distribuição das áreas verdes em Lisboa não é homogénea, existem grandes espaços com alguns jardins e parques, comparativamente com outros sem qualquer vegetação ou espaços de lazer. O que podemos verificar no mapa da câmara de Lisboa (anexo 7) que na maior parte das freguesias os parques são escassos à excepção das zonas circunscritas ao parque de Monsanto. É sabido que estes espaços proporcionam algum controlo climático, pela redução dos níveis de poluição atmosférica, daí a necessidade de intervenção quer por parte da população efectuando pressões sobre as

entidades competentes, mas também as entidades responsáveis devem tomar medidas para colmatar esta falha nas nossas cidades.

Tabela 25 – Relação entre a quantidade de áreas verdes e a área de residência

		ÁREAS VERDES			Total
		Suficientes	Escassas	A falta sempre me preocupou	
Conselho residência	Lisboa	29	17	30	76
	Amadora	2	1	4	7
	Almada	0	1	2	3
	Sintra	0	8	1	9
	Oeiras	2	0	2	4
	Loures	1	0	2	3
Total		34	27	41	102

11.2 – Análise do ambiente social

As transformações actuais, em termos de ambiente social, com o desemprego a aumentar, faz com que aumente o grau de incerteza no futuro, as grávidas pela etapa de transição em que se encontram, procuram possivelmente novas formas de organização, para enfrentar novos problemas, procurou-se perceber se o despedimento as preocuparia mais agora, ou se sempre as preocupou, o que os dados nos dizem para esta amostra de grávidas é que a gravidez não alterou as preocupações com um possível despedimento, como se pode ver na (tabela33).

Tabela 26 – Frequência relativa da preocupação com o desemprego

Despedimento	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – Sinto-me mais incomodada com um possível despedimento do que antes	48	47,1
2 - 1 – Sinto-me menos incomodada com um possível despedimento do que antes	6	5,9
3 – Um possível despedimento sempre me preocupou	48	47,1

O despedimento sempre preocupou as inquiridas com 47,1% a referirem “Um possível despedimento sempre me preocupou”, e a mesma percentagem refere “Sinto-me mais incomodada com um possível despedimento do que antes”, só 5,9% refere “Sinto-me menos incomodada com um possível despedimento do que antes”

Já Conde e Figueiredo (2007) referem que as grávidas na preparação do seu projecto referem ter preocupações sociais, nesta etapa das suas vidas, relacionadas com problemas financeiros, nomeadamente como o receio de ficarem desempregadas, no entanto a população da nossa amostra já manifestava este receio, mesmo antes de engravidar o que pode ser explicado pela conjectura social que atravessamos neste momento em Portugal.

11.3 - Análise do ambiente sonoro

Nas cidades as principais fontes de ruído ambiental, são o tráfego, o trabalho da construção civil, a vida social e algumas actividades industriais e comerciais. Para este estudo procurou-se perceber se o ambiente acústico de guerra provocava alguns incómodos à grávida, pelo que se pode observar na (tabela 27), em relação ao ambiente sonoro 37,3% refere “não se sentir incomodada com efeitos sonoros que relembrem a guerra”, 32,4 diz ter-se “sentido sempre incomodada” e 30,4% refere “sentir-se mais incomodada agora”. Os resultados alcançados por esta amostra talvez sejam o reflexo de sermos um País em que não há guerra já que 38% refere não se sentir incomodada, já num estudo levado a cabo por Cabreira (2007) refere que as grávidas aumentam a sensibilidade auditiva, nomeadamente a sons parecidos com os sons de guerra.

Tabela 27 – Frequência relativa dos sons de guerra

Sons de guerra	Frequência N	Frequência Relativa %
1 – Sinto-me mais incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	31	30,4
2 – Não me sinto incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	38	37,3
3 – Sempre me senti incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	33	32,4

Sucintamente podemos dizer que em relação à dimensão ambiente, que os factores físicos condicionam o estado de saúde dos indivíduos, onde a poluição atmosférica adquire um lugar de relevo, já que tem a possibilidade de provocar alterações climáticas extremas, como as vagas de frio e de calor, esta amostra demonstrou preocupações com as alterações ambientais, onde 67% já se preocupavam com as alterações ambientais antes de engravidar.

Perante uma tão grande diversidade de agentes físicos capazes de influenciar negativamente a saúde individual, torna-se indispensável uma vigilância deste mesmo ambiente, com o recurso a medição da qualidade do ar, vigilância epidemiológica, controlo da qualidade da água, tal como uma intervenção directa sobre o ambiente com monitorização sistemática dos níveis de poluição. Neste sentido, é importante a preocupação das populações, no nosso caso esta preocupação foi demonstrada nesta amostra de grávidas, como se referiu anteriormente, continua a existir a necessidade dos governantes cumprirem o protocolo de Quioto, no efectuar projectos e protocolos de protecção ambiental. Mas também o próprio indivíduo e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm um papel importante na redução dos impactos negativos do ambiente, o que pode ser efectuado através da promoção e educação para a saúde.

CONCLUSÃO

Actualmente tenta-se definir a saúde valorizando o ser humano enquanto ser social, que vive num determinado tempo e é influenciado por esse tempo, fazendo parte integrante do ambiente onde está inserido, recebendo dele as suas influências e adaptando-se ao mesmo.

Existe uma cultura de prevenção da saúde, a qual tem como ferramenta a promoção de saúde enquanto bem e estratégia para intervir nas diferentes dimensões, social, individual e ambiental visando o seu desenvolvimento global.

O presente estudo procurou identificar quais as práticas e valores das grávidas em relação à saúde, consumo e ambiente, nomeadamente das que recorriam à enfermeira ESMO da USF – Tílias, por um lado através da sua caracterização social, por outro tentando conhecer os seus valores e as suas práticas.

Considerando os resultados podemos extrair como conclusão que por se encontrarem grávidas estas mulheres alteraram comportamentos e incluíram novas preocupações, mas existe uma percentagem que se tornou mais sensível para problemas como o da reciclagem dos lixos, por exemplo passando a reciclar.

A preocupação e o cuidado com a saúde também é notória nesta população, no entanto existe ainda um percurso a fazer em termos de educação para a saúde face às respostas dadas, nomeadamente face ao consumo de medicamentos e substâncias nocivas, bem como algum desconhecimento em relação a cuidados de saúde básicos para manutenção da saúde nomeadamente no que diz respeito à vacinação.

O consumo faz parte da cultura diária e ele remeto-nos para características pessoais e individuais, as quais se manifestam tanto na forma como no padrão de consumo, o que se denotou como mais significativo nesta população foi o padrão de qualidade ser a base das suas opções. Apesar de os produtos biológicos serem, em média, mais caros já existe alguma preocupação de os incluir no cabaz de compras em especial na fase da gravidez por serem mais saudáveis, pois não contem produtos químicos.

Os dados mostram ainda que assim que souberam que estavam grávidas, algumas destas mulheres alteraram os seus hábitos de consumo em geral e em particular por exemplo alterando o numero de refeições diárias e deixando de fumar, cuidando melhor da alimentação e da parte física com exercícios adequados para grávidas. Contudo face aos resultados obtidos é importante continuar a reforçar a necessidade de orientar e informar as mulheres mantendo uma boa educação para a saúde.

A consciência das limitações deste estudo é grande, tanto pela amostra, que não permite extrapolações a outra população que não a estudada, como pelas limitações no método de recolha de dados, mas existe mesmo assim a convicção de que os objectivos foram atingidos aumentando o conhecimento da realidade da grávida e das suas opções. Foi ainda gratificante em termos profissionais, o que fará que durante o decurso profissional aborde as questões de educação para a saúde tendo em conta as competências adquiridas durante esta investigação.

Acrescento ainda que cada vez mais é necessário trabalhar com as populações em equipas multiprofissionais, com um trabalho em rede que permita dar conhecimento á população para o auto-cuidado em saúde de forma a prevenir a doença e a morbilidade.

Para concluir afirma-se que embora tivessem existido momentos de muito trabalho e angústia com o receio da não consecução dos objectivos, todo o percurso foi gratificante, ficando o desejo e a convicção da necessidade de aprofundar as questões levantadas com estudos mais alargados, com uma finalidade de atingir resultados mais conclusivos sobre esta problemática, que considero de todo o interesse em termos da saúde da população portuguesa.

Afirmo ainda que o cuidar em saúde é muito mais que um processo dinâmico que visa a promoção de saúde, é também ele um processo de arte e imaginação para melhorar e atingir o equilíbrio do ser humano em geral, quer no meio familiar, social ambiental e transcendental.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, M. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22 (2), p. 70-77
- Abrams et al (2000) Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*, v. 71, p. 1233S – 1241S
- Afonso, G. (1998). Educação para a saúde: promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças e manipulação de alimentos. Braga: Departamento das Ciências Integradas e da Língua Materna. Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho.
- Agência Portuguesa do Ambiente e Ministério da Saúde – Plano Nacional De Acção Ambiente E Saúde (PNAAS) 2008-2013
- Agrimi, J. Crisciani, C (1995). Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale. In: GRMEK, M. G. (Org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris: Seuil, p. 162-163.
- Alcock, J. (1989) , *Animal behavior*, 4^a Ed. Sunderland: Sinauer Associates Inc..
- Alland, A. Jr. (1975), *Adaptation Annual review of Anthropology*, 4, p. 59-73
- Alland, A. Jr. E Mccay, B. (1973) The concept of adaptation in biological and cultural evolution. In: *Handbook of social and cultural anthropology*, New York: Rand--McNally, pag: 143-178.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse – Étude des représentations maternelles*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Anderson JL, Waller DK, Canfield MA, Shaw GM, Watkins ML, Werler MM. (2005) Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiology*. 16(1);p.87-92.
- Anderson, J. N (1975) Ecological anthropology and anthropological ecology. In: J. J. Honigman (ed.), *Handbook of social and cultural anthropology*. Chicago: Rand--McNally, p 179-239

- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da Saúde: Contributos de uma abordagem interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 7,p. 17-24.
- APA – Agência Portuguesa do Ambiente e DGS – Direcção-Geral de Saúde (2007). Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde. Agência Portuguesa do Ambiente.
- Azevedo, D, Sampaio, H. (2003) Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. *Rev Nutr* ,16, p. 273-80
- Branden, P. (1998) *Enfermagem Materno – Infantil – 2ª edição* , Reichmann & Affonso Editores, São Paulo
- Bayley,A; Strange, T (2008) *Sustainable Development, Linking Economy, Society, Enviernont*, OECD
- Barata, R.C.B. (1990) A historicidade do conceito de causa. In: *Textos de Apoio - Epidemiologia I*. 2a ed. Rio de Janeiro, sde/ensp-abrasco, p. 13-27
- Barros, T.L (1999) *Saúde e Gravidez – O Exercício, preparação fisiológica, Avaliação Médica, Aspectos Especiais e Preventivos*. Ed Etheneu.
- Baudrillard, Jean.(1995) *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70.
- Baudrillard, J. (1998). *The consumer society: myths and structures*. Londres: Sage Publications
- Beck, U (1992) *Risk society*. London: Sage Publications.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernal, J. L. M. (1999). *Educación para el consumo y el bienestar*. Sevilla: Signatura Ediciones de Andalucía, S. L.
- Biraben, J (1995) *Les maladies en Europe: equilibres et ruptures de la pathocénose*. In: GRMEK, M. G. (Org.). *Histoire de la pensée medicale en Occident*. Paris: Seuil,
- Bizzo, M. L.G. (2002). Difusão científica, comunicação e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, p. 307-314.

Branco, Samuel Murgel (1997). O meio ambiente em debate. 26 ed. São Paulo: Editora Moderna. Coleção polêmica, São Paulo.

British Nutrition Foundation – Nutrition in Pregnancy. URL: <http://www.nutrition.org.uk> 3p. consultado em 4/01/2011

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e Métodos. Porto: Porto Editora.

Borden, R. J – Human (1986) ecology: a gathering of perspectives. Maryland: Society for Human Ecology.

Borden, R. J. E Jacobs, J (1989) - International directory of human ecologists, 2ª Ed. Maine: Society for Human Ecology.

Boserup, E. (1881) Population and technological change. Chicago: University of Chicago Press.

Burgess, E. (1925) The city. Chicago: University of Chicago Press.

Brost et al (1997) The Preterm Prediction Study: Association of cesarean delivery with increases in maternal weight and body mass index, Am J. Obstet Gynecol, p. 179-833

Bruhn, J. G. (1974) Human Ecology: a unifying science? Human Ecology, p 105-125.

Britto, L. Nakama, Melchior R. (2008) Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez consultada em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/30.pdf> (12/03/2011)

Cabreira, S. (2007) Sons e Gestação Implicações do ambiente sonoro sobre a saúde da gestante e do feto Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Música do Instituto de Artes da Universidade Estadual Paulista consultado <http://www.ia.unesp.br/pos/stricto/musica/teses/dissertacaosimonecabreira.pdf> a (03/01/2010)

Canclini, N. G. (1999). Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização. (4a ed.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ

Cater, J. E Jones, T (1898) Social geography. London. Edward Arnold.

Carapeto (1998). Educação Ambiental. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures: Lusociência.

Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20,p. 1088-1095.

Castro, A. Duarte e T. R. Santos (2003). O Ambiente e a Saúde. Lisboa: Instituto Piaget.

CML, 2011, Página da Câmara Municipal de Lisboa (URL: <http://lisboaverde.cm-lisboa.pt/index.php?id=5181>, consulta em 15-07-2011).

CGDUP (Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy) (1992). Medical during pregnancy: an intercontinental cooperative study. International Journal of Gynecology and obstetrics 39,p. 185-196.

Colman, A., & Colman, L. (1973). La grossesse: Experience psychologique. Paris: Robert Laffont.

Colman, A., & Colman, L. (1991). Pregnancy: The psychological experience (revised and expanded).New York: The Moonday Press.

Conde, Ana e Figueiredo, B.(2007) Preocupações de mães e pais na gravidez, parto e pós-parto. Ana. Psicológica, vol 25, nº 3 p- 387-398 ISSN 0870-8231

Costa, M. & López, E. (1998).Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid. Ediciones Pirámide.

CEC – Commission of the European Communities (2004). Buying green!: A handbook on environmental public procurement. http://ec.europa.eu/internal_market/publicprocurement/docs/keydocs/gpphandbook_en.pdf. (2010.05.18).

Cloak, F. T (1975), Is cultural ethology possible? Human Ecology,p. 161-182.

Cortina, A. (2002). Por una ética del consumo. Madrid: Santillana Ediciones Generales.

Costa, M. e López, E. (1996). Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide.

D'astous, A. e Ahmed, S. A (1992) Multi-Cue Evaluation of Made-In Concept: A Conjoint Analysis Study in Belgium. Journal of Euromarketing, New York: Haworth Press Inc., n.2, p. 9-29

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. Todos somos consumidores: Vivemos numa sociedade de consumo. Lisboa: DECO.

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. Um dia de consumo sustentável: Guia de boas práticas.

Dias, Fernanda De Souza, Nóbrega, Ana Alice Silva Da Barbosa, Marcela Flávia Lopes, Barbosa, A Enfermagem na Educação Ambiental, em www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00419.pdf, a 17 de Maio de 2010

Direcção Geral da Saúde (2008) Projectos de Saúde Oral na Grávida e na Pessoa Idosa: Resultados do seu impacto no 1º semestre de aplicação Lisboa, consultado em <http://www.dgs.pt> consultado a 20/03/2011

Dolan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY (1994) A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions Am J Obstet Gynecol 171(5),p.28-34

Downie, R. S., Tannahill, C. e Tannahill, A. (2000). Health promotion: Models and values. Oxford: Oxford University Press.

Dubois, B. (2000). Understanding the consumer: A European Perspective. United Kingdom: Prentice Hall.

Ewles, I., & Simnett, L. (1990). Promoting Health. London: Scutari Press

Ewles, L. & Simnett, I. (2003). Promoting Health. A practical guide. New York: Baillière Tindall.

Eweles & Simnet em [/www.journalofadvancednursing.com/docs/1365-2648.2003.02556.x.pdf](http://www.journalofadvancednursing.com/docs/1365-2648.2003.02556.x.pdf), Consultado a 2 de Maio de 2010

Edelman, C. L. e Mandle, C. L. (1998). Health promotion throughout the lifespan. St. Louis: Mosby.

Estrada, E. M. e Yáñez, C. J. N. (2004). El consumerismo como respuesta activa de los consumidores. <http://www.mercasa.es/nueva/revista/pdf74/consumerismo.pdf>,
consultado a 1 de Maio de 2010

Ehrlich, P. R.; Ehrlich, A. H. E Holdren, J. P(1973) . Human Ecology. S. Francisco

Erkkola M, Karppinen M, Javanainen J, Rasanen L, Knip M, Virtanen SM.(2001) Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire for pregnant Finnish women. Am J Epidemiol; 154, p.466-476.

Fortier I, Marcoux S, Beaulac-Baillargeon L. (1993) Relation of caffeine intake during pregnancy to intrauterine growth retardation and preterm birth. Am J Epidemiol; 137, p. 931-940.

Fortin, M. F. (1999) – O processo de Investigação. Da concepção à prática, 3ª edição, Lusociência.

Fernández, X., Conde, M., Trías, P. e Sanchez, M. (2001). Valores transversales en la practica educativa (2ª ed.). Madrid: Editorial Síntesis.

Frasquilho, M.A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. Revista Portuguesa de Saúde Publica, 16, p.13-19.

Frota, M. (s/d). As implicações do consumo na preservação do ambiente. http://www.ipv.pt/millennium/ect7_mf.htm. (consultado a 16/05/2010).

Galitier Dereure et al (2000) Obesity and pregnancy: complications and cost. Am J Clin Nutr, v. 71, p. 1242S – 1248S

Graça, L (2000) - Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa: 77
<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos77.html> (Consultado a 09/01/2011)

Graça, L (2000) - Estilos de vida e saúde nos Provérbios em Língua Portuguesa, in Textos sobre saúde e trabalho": 21 <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos21.html> (Consultado a 11/01/2011)

Graça, L. (2000) “O Progresso das Ciências e Técnicas Biomédicas na II Metade do Séc. XIX in Textos sobre saúde e trabalho: 104. www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos104.html (Consultado a 22/01/2011)

Graça L M (2005). Medicina Materno Fetal. 3ª Ed. Lisboa-Porto: Lidel

Gartner LM, Morton J, Lawrance R, Naylon AJ, O’Hore D, Shanter et all (2005) Breastheeding and the use of human milk. Pediatrics 2005 Feb; 115(2), p. 496-506

George, Julia B.(1993) Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional, Porto Alegre: Artes Médicas.

Grafmeyer, Y. E Joseph, I,(1979) L’école de Chicago. Naissance de l’écologie urbaine; Aubier, 1ª ed.

Giddens JB, Krug SK, Tsang RC, Guo S, Miodovnik M, Prada JÁ (2000) Pregnant adolescent and adult women have similarly low intakes of selected nutrientes. J Am Diet Assoc;100,p. 1334-40

Giordan, A e Souchon, C. (1997). Uma educação para o Ambiente. Mem Martins:

González, M. I. S. (1998). La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud. Madrid: Diaz de Santos.

Grosse, R. e Kujawa, D.(1992) International Business: Theory and Managerial. 2. ed. Boston: Irwin

Guerrero, C. F., Arranz, M. T. G., Mira, M. J. G. e Sierro, A. S.(1995). Alimentación y consumo. Madrid: Grupo Anaya.

Hawley, A.H.(1988) Fundamentals of Human Ecology, Prentice-Hall, Nova Jersey

Helman, C (1994) Cultura, Saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas

Hipocrates (1971). The sacred disease. In: KING, L. B. (Org.). A History of Medicine. Middlesex: Penguin, p. 54-61.

Honoré, B. (2002). A saúde em projecto (Tradução de Ilda Cristina d’Espiney). Loures: Lusociência

Hutchison, D. (2000). Educação ecológica: Idéias sobre consciência ambiental. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.

IC – Instituto do Consumidor (2002). Guia para uma escolha alimentar saudável – A Leitura do Rótulo (2ª ed.). Lisboa: Instituto do Consumidor.

IC – Instituto do Consumidor (2004). Guia: Nutrientes, Aditivos e Alimentos. Lisboa: Instituto do Consumidor.

IC – Instituto do Consumidor (2005). Guia de Segurança Alimentar em Ambiente sociedade civil

IEFP 2011 – informação mensal do mercado de emprego – Março Nº3 p.1-14

IPCC (2007) Fourth Assessment Report: Climate Change 2007: Synthesis Report

Jennie Naidoo, Jane Wills (2000) Health Promotion Foundation for Practice Second Edition, Bailliere Tindall Royal College of Nursing

Justo, J. (1994). A evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa.

Justo, J. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2,p. 307-322.

Katz, E, Jamieson,D (2003) Manual de Filosofia do Ambiente. Lisboa: Instituto Piaget, p. 91-104

King, J. (2000) Physiology of pregnancy and nutrient metabolism. Am J Clin Nutr , v. 71, p. 1218S – 1225S

Kotler, P. (2000) Administração de Marketing. 10 ed. São Paulo: Prentice-Hall,

Kleinman JC, Pierre MB, Jr., Madans JH, Land GH, Schramm WF(1988) The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. Am J Epidemiol 127(2):274-82.

Lacroix I. Damase – Michel C. Lapeyere, Mestre M (2000). Prescription of drugs during Pregnancy in France. Lancet. 356-1935-1936.

Lalande, M (1974) A New Perspective on the Health of Canadians.Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.

Lamy, Michel (2001) L' introduction à l'écologie humaine. Paris: Elipses.

Leff, E (2001). Epistemologia ambiental. São Paulo: Cortez,

Leis, H. R. (1999). A modernidade insustentável: As críticas do ambientalismo à sociedade contemporânea. Petrópolis: Editora Vozes.

Lima J (2002) Gravidez e Tabagismo. Bol-Soc-Port-Hemorreol- Microcircul;17(2):35.

Lipovetsky, G. (1983). A era do vazio. Lisboa: Relógio D'Água.

Lipovetsky, G. (2007) A Felicidade Paradoxal. Edições 70, Lda.

Mahan, L. K, Escott (2005) Alimentos, nutrição e dietoterapia, 11ª ed São Paulo Roca

Majaro, S.(1989) International Marketing: a strategic approach to world markets. London: Unwin Hyman

Mechanic, D (1968) Medical Sociology. New York: The Free Press.

Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional (Instituto do Ambiente) e pelo Ministério da Saúde (Direcção-Geral da Saúde) (2007) Projecto de Plano Nacional De Acção Ambiente E Saúde versão, março Lisboa

Ministério da Saúde (2001). Guias de Educação e Promoção da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2004a). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos. Volume I- Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde 2004-2010.Mais saúde para todos. Volume II -Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Mittelmark, R. A, Dorey (1991) – Effect of maternal exercise on pregnancy outcome, in: Exercise in pregnancy, 2º ed, Williams&williams , baltimore

Moreira FR, Moreira JC (2004) Os efeitos do chumbo sobre o organismo humano e seu significado para a saúde. Rev Panam Salud Publica.;15(2), p.119–29.

Nascimento, E. Souza, S (2002) Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso Rev. Nutr, Campinas, 15(2):173-179, maio/ago

Navarro, M.F. (1995). Educação para a Saúde e profissionais de saúde comunitária. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 13, 77-83.

OCDE (2004). Education at a Glance 2004 – Glossary. consultado a 20 de Dezembro de 2011 em <http://www.oecd.org/dataoecd/45/17/33692376.pdf>

Odum, E. P. (2001). Fundamentos de Ecologia (6ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ohman, S. G., Grunewald C., & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17 (2),p.148-152

Oliveira, C. (2004). Auto-organização, educação e saúde. Coimbra: Ariadne Editora.

OMS (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde – Declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

OMS (1985). As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde.

OMS (1987). La Carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: La promoción de la salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Salud, 103 (1),p. 16-21.

OMS (1989). Prevalence and duration of breastfeeding: Updated information, 1980-1989. WklyEpidemiological Rec., 42,p. 321-323.

OMS (1989). Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genève: WHO.

OMS (1997). The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. [documento on-line]. Disponível em: <http://www.ho.hpr/docsjakarta/englisg.htm>.

OMS (2002). Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition. International conference on nutrition. [documento on-line]. Disponível: <http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986. http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html. consultado a (2010.05.15).

OMS/UNICEF. (1979) Cuidados primários de saúde. Brasília (DF); [Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978, 6-12 set; Alma-Ata,

OMS – (1946) Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Genebra.

OPSS (2003a). A Salutogénese e o Cidadão. Acedido a 20 de Outubro de 2010 em <http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Cidadao/Salutogenese+e+o+cidadao/Estado+da+arte/estado+da+arte.htm>

OPSS (2003b). Evolução dos sistemas de saúde. consultado a 20 de Outubro de 2010 em <http://www.observaport.org/NR/OPSS/print.asp?id={1E872CB2-BD23-4BBD-A364-4A06A72C671D}&op=DOCUMENT>

Ostolaza, A. F. (2002). Educar para la sostenibilidad – Agenda 21 Escolar: Una guía para la escuela. Madrid: CEIDA.

Paiva a tal (2007) Obesidade e gravidez - Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo |

Pena,B. Coutinho,F. Pépece,O. (2010) O Que Devo Comer? Influência da Cultura no Comportamento de Consumo de Alimentos por Gestantes Consultado em <http://estudosdoconsumo.com.br/wp-content/uploads/2010/09/1.1- Brun...pdf> a 22 de Março 2011

Pereira, A.M.S. & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In Constança Machado (Eds.). Actas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia, Évora: Universidade de Évora. Vol II p. 229-237

Pereira, A. (1999). SPSS Guia prático de utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) Orientações técnicas I Ivól Direcção Geral da Saúde, Lisboa

Quercus – (2010) Associação Nacional de Conservação da Natureza Fraldas Reutilizáveis – Estudo de Caso - consultado em http://residuos.quercus.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/DocSite2303.pdf a 25/03/2011

Quesada, R. (2005). Qué es la educación para la salud. In R. Perea Quesada, Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de Santos.p. 13-20.

Rampersad, R. Badrie, N & Comissiong, E. (2003). Physicochemical and sensory characteristics of flavoured snacks from extruded cassava/pigeonpea flour. Journal of food science, 68, p.263-367

Rauch , A (1995) Histoire de la santé. Paris: PUF

Ray JG, Vermeulen MJ, Meier C, Wyatt PR.(2004) Risk of congenital anomalies detected during antenatal serum screening in women with pregestational diabetes. QJM. 97(10)p.351-231.

Redman, B.K. (2003). A Prática da Educação para a Saúde. Loures: Lusociência.

Regiota, M. (1998) Desafios à educação ambiental escolar. In: Jacobi, P. et al. (orgs.). Educação, meio ambiente e cidadania: reflexões e experiências. São Paulo: SMA, p.43-50.

Romanelli,G. (2006) O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (3). p. 333-339

Ribeiro, J (2005) – Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra. Quarteto Editora

Rocheftort, R. (1995). La société des consommateurs. Paris: Editions Odile Jacob.

Rodrigues, M.; Pereira, A. ; Barroso, T. (2006). Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra : Formasau

Roininen, K., Lähteenmäki, L. & Tuorila, H. (1999). Quantification of Consumer Attitudes to Health and Hedonic Characteristics of Foods. Appetite, 33, 71–88.

Rosemberg, J.; Rosember, A. M. A.; Moraes, M.(2003) A. Nicotina: droga universal. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, São Paulo.

Sennet, R. (1988). O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras.

Sigerit, H (1943). Civilization and disease. Chicago: Chicago University Press

Silva, L.F. (2002). Promoção da saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Sowers, H. Smallpox (2002) Utah Department of Health Bureau of Epidemiology, consultado em: <<http://hlunix.hl>, em Dezembro 2010

Stamhope, M, Lancaster, J. (2011) Enfermagem de Saúde Pública. Loures Lusodidacta

Viljoen, E.(2005) Harmful effects of smoking in pregnancy. SAMJ. Vol. 95, n. 5, p. 329-330.

Watkinson B, Fried PA.(1985) Maternal caffeine use before, during and after pregnancy and effects upon offspring. Neurobehav Toxicol Teratol 7, p. 9-17

WHO (1948). Officials Records of the World Health Organization, nº.2, p.100. United Nations, World Health Organization. Geneve: Interim Comission.

WHO (1978). Alma-Ata: Primary Health Care. Geneve: WHO.

WHO (1986a). Health Promotion: concepts and principles in action, a policy framework. Geneve: WHO

WHO (1986b). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneve: WHO

WHO (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhagen:

WHO, Regional Office for Europe. Consultado a 20 de Maio de 2010 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf

WHO (1997). A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Consultado a 20 de Maio de 2010 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf

WHO (1998a) Health promotion glossary. Geneve: WHO.

WHO (1998b). Health 21: Health for All in the 21st century. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

WHO (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Copenhagen

WHO (2000). The problem of overweight and obesity. In: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Série de Relatos Técnicos, 897. Geneva

WHO Regional Office for Europe. Consultado a 20 de Maio de 2010 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf

WHO (2003a). Atlas of health in Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

WHO (2003b). The World health report: 2003: shaping the future. Geneve : WHO.

WHO (2006) Healthy eating habits and physical activity levels among adolescents ISBN 928902180 2

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006). Exercise in pregnancy. (Statement No. 4, January 2006). Consultado em Dezembro 2010, em http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/exercise_pregnancy_rcog_statement4.pdf

Santos, F.D. (2007). Que Futuro?: Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento e Ambiente. Lisboa: Gradiva.

Saúde. Lisboa: Instituto Piaget. Schmidt, L. (1994). Consumo bem espremido. Lisboa: gradiva.

Sousa, Nóbrega, Barbosa (2007) O Enfermeiro Educador, consultado a 4 de Maio de 2010, www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00419.pdf

Schmidt, L. (1999). Portugal Ambiental: Casos & Causas. Oeiras: Celta Editora.

UE (2011) directiva 2011/37/UE da comissão de 30 de Março de 2011

Vieira, L. Nunes, V. Campos, R. (2004) Níveis de mercúrio total na carne de peixes como indicadores de contaminação em sistemas aquáticos do Pantanal consultado em <http://www.cpap.embrapa.br/agencia/simpan/sumario/artigos/aspercetos/pdf/bioticos/633-RB-%20Artigo%20Hg%20Peixes-%20OKVisto.PDF> a 21 de Março de 2011

Zuleika, O, Miriam A, Maria T (2004) Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez consultado em . www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11280.pdf a 9 de Dezembro 2010

WEBGRAFIA

Direcção Geral da Saúde Página Web oficial da DGS, onde está disponível informação, publicações e artigos científicos em áreas como a Promoção da Saúde, Informação de Saúde e outras relacionadas. Em <http://www.dgsaude.pt/>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) . Página Web oficial do OPSS. Este Observatório tem como finalidade proporcionar uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam, e é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Nesta página estão disponíveis inúmeros trabalhos de investigação sobre os serviços de saúde. <http://www.observaport.org/OPSS/>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE) .Página Web oficial da OCDE que, entre outra informação, disponibiliza estatísticas e artigos relacionados com a Saúde e Desenvolvimento Económico e Social. Em <http://www.oecd.org/>

Scielo - Scientific Electronic Library Online. Página Web que permite aceder a inúmeros artigos científicos e revistas internacionais dedicadas à Saúde Pública e Promoção da Saúde. <http://www.scielo.org/>

The Canadian Health Network - healthy living and health promotion information
Página Web oficial da Public Health Agency of Canada, que disponibiliza uma ampla e actualizada informação (incluindo inúmeros artigos científicos) sobre vários tópicos relacionados com a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis. Em <http://www.canadian-health-network.ca/>

World Health Organization (WHO) .Página Web oficial da WHO, que disponibiliza inúmera informação relacionada com a Saúde e os seus determinantes, e permite o acesso a publicações e artigos científicos nesta área. Em <http://www.who.int/>

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Esquema de Vigilância Pré-Natal.....8

Quadro nº 2 – itens correspondentes ao ambiente.....64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados globais para o teste KMO e Bartlett's Test das varias dimensões.....	70
Tabela 2 – Resultados da análise da consistência interna das dimensões do estudo.....	70
Tabela 3 – Frequências da caracterização social dos sujeitos da amostra.....	72
Tabela 4 – Frequências da caracterização dos sujeitos face as variáveis clínicas.....	73
Tabela 5 – comparação da taxa de desemprego dos sujeitos com a formação académica.....	78
Tabela 6 – Comparação da formação académica com o rendimento familiar.....	79
Tabela 7 – Frequências relativas dos valores da saúde e do ambiente.....	84
Tabela 8 – Frequências dos valores facilitadores de saúde	85
Tabela 9– Frequências dos valores inibidores da saúde.....	86
Tabela 10 – Correlação do conceito de saúde com a idade	87
Tabela 11 – Correlação do conceito os “problemas laborais não afectam a minha saúde” com a idade	87
Tabela 12 – Frequência relativa da dimensão valores de consumo	88
Tabela 13 – Frequências comparativas dos valores do ambiente.....	90
Tabela 14 – Correlação entre a variável idade e as “fraldas reutilizáveis”.....	91
Tabela 15 – Correlação entre a variável rendimento e as “fraldas reutilizáveis”	91
Tabela 16 – cálculo do teste chi-quadrado.....	92
Tabela 17 – Correlação entre a variável escolaridade as “ fraldas reutilizáveis.....	92
Tabela 18 – práticas de saúde e consumo	93
Tabela 19 – Frequência relativa das práticas alimentares	95
Tabela 20 – TX de Práticas nocivas para a saúde da mãe e do feto.....	96
Tabela 21 – Taxa das Práticas gerais de saúde.....	97
Tabela 22 – Taxa de manutenção de práticas	98
Tabela 23 – Taxa de frequências das práticas de consumo.....	98
Tabela 24 – Frequências relativas do ambiente físico.....	101
Tabela 25 – Correlação entre a quantidade de áreas verdes e a área de residência.....	103

Tabela 26 – Frequência relativa da preocupação com o desemprego.....	103
Tabela 27 – Frequência relativa dos sons de guerra.....	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos por grupo etário.....	74
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por estado civil.....	75
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o nível de escolaridade	76
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a profissão	77
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o rendimento familiar.....	78
Gráfico nº 6 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência.....	80
Gráfico nº 7 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a unidade de saúde a que pertencem.....	81

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Mestrado de Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos
Investigadora: Cristina Isabel Baptista Nunes

Este questionário destina-se a recolher dados para um estudo sobre a Saúde, Consumo e Ambiente. As suas respostas serão tratadas na máxima confidencialidade, pelo que se pede que as respostas sejam sinceras

Por favor leia atentamente as questões e assinale ou escreva a sua resposta no local apropriado.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração e disponibilidade.

I. CARACTERIZAÇÃO

1 - Escolha o intervalo de acordo com a sua idade: <18 ☐ 18 – 25 ☐ 26 -30 ☐ 31 – 35 ☐ 36 – 40 ☐ > 41 ☐

2 - Estado civil: Casada ☐ União de facto ☐ Solteira ☐ Viúva ☐ Divorciada ☐

3 - Escolaridade: Ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Ensino superior / Universitário ☐

4 - Situação laboral: Trabalhadora ☐ Desempregada ☐ Estudante ☐

5 – Rendimento Familiar: <1 Salário mínimo ☐

1 a 2 Salários mínimos ☐

2 a 4 Salários mínimos ☐

> 4 Salários mínimos ☐

6 - Profissão _____

7. Concelho de residência _____

8- Está inscrita em que unidade de saúde:

USF	UCSP
Carnide Quer <input type="checkbox"/>	Alvalade <input type="checkbox"/>
Gerações <input type="checkbox"/>	Alto Lumiar <input type="checkbox"/>
Luz <input type="checkbox"/>	Benfica <input type="checkbox"/>
Parque <input type="checkbox"/>	Charneca <input type="checkbox"/>
Rodrigues Miguéis <input type="checkbox"/>	Lumiar <input type="checkbox"/>
Tílias <input type="checkbox"/>	Sete Rios <input type="checkbox"/>

9. Quantas vezes já esteve grávida? Uma ☐ Duas ☐ Três ou mais vezes ☐

10 Programou a gravidez? Sim ☐ Não ☐

11. Teve alguma consulta antes de engravidar? Sim ☐ . Não ☐

12 Se sim com quem: Enfermeiro ☐ Médico ☐ Ambos ☐

13 Em que trimestre da gravidez se encontra? 1º Trimestre da gravidez ☐ 2º trimestre da gravidez ☐

3º trimestre da gravidez ☐

14 Frequenta o curso de Preparação para o Parto? Sim ☐ Não ☐

15 Se respondeu que não, pensa vir a frequentar? Sim ☐ Não ☐

II

A – Das afirmações abaixo assinale com um X, às que mais correspondem as suas acções/opções:

C – Concordo D- Discordo N- Não sei

	C	D	N
1 - Saúde é estar bem fisicamente			
2 - A grávida não deve ir ao dentista			
3 – A grávida deve ir ao dentista pelo menos uma vez			
4 – A grávida deve ir todas as semanas à Enfermeira/Médico			
5 – Os problemas laborais não afectam a minha saúde			
6 – Sinto que não estou bem quando fico nervosa			
7 – A grávida deve fazer uma ecografia todos os meses			
8 – A grávida deve fazer uma ecografia por trimestre			
9 – A grávida pode fazer vacinas na gravidez			
10 – A grávida pode tomar medicamentos na gravidez			
11 - Quando não estou grávida só devo ir ao médico quando estou doente			
12 – A grávida não pode beber café			
13 – Estou bem esclarecida em relação à minha saúde			
14 – A grávida deve comer alimentos ricos em ómega 3			
15 – É preferível fumar do que ficar nervosa			
16 - A grávida pode fazer exercício físico			
17– O que mais me preocupa é a minha saúde mental			
18 – Tenho muitas dúvidas em relação à minha saúde			
19 – A grávida deve ir todos os meses ao Médico/ Enfermeira			
20 – Preocupa-me ficar desempregada			
21 – Sinto que tenho rendimentos suficientes			
22 – Gostava de fazer exercício físico mas é caro			
23 – A grávida deve alterar a sua actividade sexual			
24 – A grávida não deve frequentar piscinas			
25 – Consumo mais azeite do que óleo			
26- Consumo mais óleo do que azeite			
27 – O melhor para fritar é o azeite			
28 – Os óleos aguentam temperaturas mais elevadas daí serem melhores para fritar			
29 – Tenho por hábito comer frutos secos			
30 – Não como frutos secos porque engorda			
31 – Vou ao médico todos os anos			
32 – Se comprasse agora um carro escolhia um híbrido			
33 – Se comprasse agora um carro escolhia um movido a gasolina			
34 – Se comprasse agora um carro escolhia um movido a diesel			
35 – As energias renováveis são uma boa opção			
36 – Vou usar fraldas descartáveis depois do bebé nascer			
37 – Vou usar fraldas reutilizáveis depois do bebé nascer			
38 – Vou usar toalhotes depois do bebé nascer			
39 – Pretendo amamentar			

III

B - Das afirmações abaixo assinale com um X, às que mais correspondem as suas acções/opções: S – sim N- Não

	S	N
1 – Não ingiro bebidas alcoólicas		
2 – Aplico creme para prevenir que a pele estale		
3 – Habitualmente subo por elevador		
4 – Sempre fiz exercício físico		
5 – Como mais peixe do que carne		
6 – Faço exercício físico pelo menos duas vezes por semana		
7 – Antes de estar grávida não fazia exercício físico		
8 – Tento comer uma refeição de peixe e outra de carne		
9 - Estou imune à toxoplasmose		
10 – Estou a tomar medicamentos		
11 – Bebo 6 copos de água por dia		
12 – Bebo menos de 6 copos de água por dia		
13 – Como vegetais todos os dias		
14 – Quando soube que estava grávida alterei os meus hábitos alimentares		
15 – Só fumo até 5 cigarros por dia		
16 – Não gosto de vegetais		
17 – Comecei a tomar ácido fólico antes de engravidar		
18 – À refeição gosto de beber um copo de vinho tinto		
19 – À refeição gosto de beber um copo de vinho branco		
20 – Antes de engravidar bebia bebidas espirituosas		
21 – Mantenho o número de refeições que tinha antes de engravidar		
22 – Gosto de comer hortaliças		
23 – Acompanho a refeição com refrigerante		
24 – Bebo até dois cafés por dia		
25 – Estou a tomar suplementos alimentares		
26 – Preocupo-me em consumir alimentos ricos em cálcio		
27 - À refeição gosto de beber sumo		
28 – Pratico natação		
29 – Agora que estou grávida ando mais de transportes públicos		
30 – Como 3 peças de fruta por dia		
31 – Tenho estrias		
32 – Verifiquei o meu estado vacinal antes de engravidar		
33 – Faço a maior parte das refeições em casa		
34 – Tomo sempre o pequeno-almoço quando chego ao local de trabalho		
35 – Consumo mais peixe congelado do que fresco		
36 – Faço mais de 6 refeições por dia		
37 – Não tenho tempo de ir ao mercado		
38 – Passei a comer mais proteínas quando soube que estava grávida		

	S	N
39 – Todas as semanas como pelo menos dois bolos		
40 – Antes de estar grávida fumava		
41 – Antes de estar grávida fazia grandes caminhadas		
42 – Apanho sol todos os dias		
43- Passo mais de 7 horas no local de trabalho		
44 – Deixo o carro na garagem		
45 – Prefiro beber água engarrafada		
46 – Passo menos de duas horas por dia ao ar livre		
47 – Compro vegetais congelados		
48 - Ando a pé todos os dias		
49 – Faço as compras de supermercado na Internet		
50 – Prefiro fazer as compras pessoalmente		
51- Vou de carro para o trabalho		
52- Passo mais de 3h por dia ao computador		
53- Consumo produtos biológicos		
54- Gosto de beber leite		
55- Prefiro comer carne a peixe		
56 - Fumo mais de 5 cigarros por dia		
57 – Como fritos só duas vezes por semana		
58- Como mais peixe gordo do que magro		
59 – Como mais peixe magro do que gordo		
60 - Depois de ter o meu bebé volto aos meus hábitos		
61 – Recorro com frequência ao ar condicionado		
62 – Agora compro mais produtos biológicos do que antes		
63 – Prefiro comprar embalagens de vidro		

IV

Gostaria agora que pensasse sobre as motivações que a levam a optar por um produto ou serviço, assinale com um X o grau de importância que atribui a cada um dos aspectos abaixo descritos.

M – Muito importante, I – Importante, N – Nada importante

	M	I	N
1 – O preço			
2 – A qualidade			
3 – O tipo de embalagem			
4 – Ter sido lançado à pouco tempo			
5 – Ser de marca			
6 – Ter uma embalagem atractiva			
7 – A embalagem ser reciclada			
8 – Gostar da publicidade do produto			
9 – A utilidade do produto			
10 – Ser saudável			
11 – Ser prático			
12 – Dar pouco trabalho se for para confeccionar			
13 – Ficar feliz			
14 – Ser reciclado			
15 – Saber quem o fabricou			
16 – O ambiente do local da compra			
17 – Estar em promoção			
18 – Estar na moda			
19 – Ser atractivo			
20 – A sua funcionalidade			
21 – Por querer experimentar independentemente da necessidade			
22 - Por me terem dito que é bom			

V

Em relação à sua gravidez actual escolha dos grupos a afirmação que mais se adequa a si, colocando um X (só um na opção que considera mais correcta) na coluna da direita.

Grupo 1

1 – Sinto-me mais incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	
2 – Não me sinto incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	
3 – Sempre me senti incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra	

Grupo 2

1 – Preocupo-me mais agora em reciclar os lixos	
2 – Nunca reciclei os lixos antes	
3 – Sempre me preocupei com a reciclagem	

Grupo 3

1 – O calor incomoda-me mais agora do que antes	
2 – O calor incomoda-me menos do que antes	
3 – O calor sempre me incomodou	

Grupo 4

1 – O frio incomoda-me mais agora do que antes	
2 – O frio incomoda-me menos agora do que antes	
3 – O frio sempre me incomodou	

Grupo 5

1 – A qualidade do ar incomoda-me mais agora do que antes	
2 – A qualidade do ar incomoda-me menos agora do que antes	
3 – A qualidade de ar sempre me incomodou	

Grupo 6

1 – As alterações ambientais preocupam-me mais agora do que antes	
2 – As alterações ambientais preocupam-me menos agora do que antes	
3 – As alterações ambientais sempre me preocuparam	

Grupo 7

1 – A rede de transportes é suficiente para a minha mobilidade	
2 – A rede de transportes não é suficiente para a minha mobilidade	
3 – Não utilizo a rede de transportes	

Grupo 8

1 – Sinto-me mais incomodada com um possível despedimento do que antes	
2 – 1 – Sinto-me menos incomodada com um possível despedimento do que antes	
3 – Um possível despedimento sempre me preocupou	

Grupo 9

1 – As áreas verdes do local onde resido são suficientes.	
2 – As áreas verdes do local onde resido são escassas.	
3 – A falta de áreas verdes sempre me preocupou	

Grupo 10

1 – Preocupo-me mais agora com a qualidade da água.	
2 – Preocupo-me menos agora com a qualidade da água.	
3 – A qualidade da água sempre me preocupou	

APÊNDICE 2

Quadro 1 – itens correspondentes à saúde

1 - Saúde é estar bem fisicamente
2 – A grávida não deve ir ao dentista
3 – A grávida deve ir ao dentista pelo menos uma vez
4 – A grávida deve ir todas as semanas à Enfermeira/Médico
5 – Os problemas laborais não afectam a minha saúde
6 – Sinto que não estou bem quando fico nervosa
7 – A grávida deve fazer uma ecografia todos os meses
8 – A grávida deve fazer uma ecografia por trimestre
9 – A grávida pode fazer vacinas na gravidez
10 – A grávida pode tomar medicamentos na gravidez
11 - Quando não estou grávida só devo ir ao médico quando estou doente
12 – A grávida não pode beber café
13 – Estou bem esclarecida em relação à minha saúde
14 – A grávida deve comer alimentos ricos em ómega 3
15 – É preferível fumar do que ficar nervosa
16 - A grávida pode fazer exercício físico
17– O que mais me preocupa é a minha saúde mental
18 – Tenho muitas dúvidas em relação à minha saúde
19 – A grávida deve ir todos os meses ao Médico/ Enfermeira
20 – Preocupa-me ficar desempregada
21 – Sinto que tenho rendimentos suficientes
22 – Gostava de fazer exercício físico mas é caro
23 – A grávida deve alterar a sua actividade sexual
24 – A grávida não deve frequentar piscinas
25 – Consumo mais azeite do que óleo
26- Consumo mais óleo do que azeite
27 – O melhor para fritar é o azeite
28 – Os óleos aguentam temperaturas mais elevadas daí serem melhores para fritar
29 – Tenho por hábito comer frutos secos
30 – Não como frutos secos porque engorda
31 – Vou ao médico todos os anos

APÊNDICE 3

Quadro 3 – Itens correspondentes às práticas de saúde

3 – Habitualmente subo por elevador
4 – Sempre fiz exercício físico
6 – Faço exercício físico pelo menos duas vezes por semana
7 – Antes de estar grávida não fazia exercício físico
9 – Estou imune à toxoplasmose
10 – Estou a tomar medicamentos
11 – Bebo 6 copos de água por dia
12 – Bebo menos de 6 copos de água por dia
14 – Quando soube que estava grávida alterei os meus hábitos alimentares
16 – Não gosto de vegetais
21 – Mantenho o número de refeições que tinha antes de engravidar
22 – Gosto de comer hortaliças
26 – Preocupo-me em consumir alimentos ricos em cálcio
28 – Pratico natação
31 – Tenho estrias
32 – Verifiquei o meu estado vacinal antes de engravidar
34 – Tomo sempre o pequeno-almoço quando chego ao local de trabalho
36 – Faço mais de 6 refeições por dia
41 – Antes de estar grávida fazia grandes caminhadas
42 – Apanho sol todos os dias
43- Passo mais de 7 horas no local de trabalho
44 – Deixo o carro na garagem
46 – Passo menos de duas horas por dia ao ar livre
48 - Ando a pé todos os dias
51- Vou de carro para o trabalho
52- Passo mais de 3h por dia ao computador
54- Gosto de beber leite
55- Prefiro comer carne a peixe
56 - Fumo mais de 5 cigarros por dia
60 - Depois de ter o meu bebé volto aos meus hábitos

APÊNDICE 4

Quadro 4 - Itens correspondentes às práticas de consumo

1 – Não ingiro bebidas alcoólicas
2 – Aplico creme para prevenir que a pele estale
5 – Como mais peixe do que carne
8 – Tento comer uma refeição de peixe e outra de carne
13 – Como vegetais todos os dias
14 – Quando soube que estava grávida alterei os meus hábitos alimentares
15 – Só fumo até 5 cigarros por dia
17 – Comecei a tomar ácido fólico antes de engravidar
18 – À refeição gosto de beber um copo de vinho tinto
19 – À refeição gosto de beber um copo de vinho branco
20 – Antes de engravidar bebia bebidas espirituosas
23 – Acompanho a refeição com refrigerante
24 – Bebo até dois cafés por dia
25 – Estou a tomar suplementos alimentares
26 – Preocupo-me em consumir alimentos ricos em cálcio
27 - À refeição gosto de beber sumo
29 – Agora que estou grávida ando mais de transportes públicos
30 – Como 3 peças de fruta por dia
33 – Faço a maior parte das refeições em casa
35 – Consumo mais peixe congelado do que fresco
37 – Não tenho tempo de ir ao mercado
38 – Passei a comer mais proteínas quando soube que estava grávida
39 – Todas as semanas como pelo menos dois bolos
40 – Antes de estar grávida fumava
45 – Prefiro beber água engarrafada
47 – Compro vegetais congelados
49 – Faço as compras de supermercado na Internet
50 – Prefiro fazer as compras pessoalmente
53- Consumo produtos biológicos
56 - Fumo mais de 5 cigarros por dia
57 – Como fritos só duas vezes por semana
58- Como mais peixe gordo do que magro
59 – Como mais peixe magro do que gordo
61 – Recorro com frequência ao ar condicionado
62 – Agora compro mais produtos biológicos do que antes
63 – Prefiro comprar embalagens de vidro

APÊNDICE 5

Quadro 5 – Itens correspondentes aos valores de consumo

1 – O preço
2 – A qualidade
3 – O tipo de embalagem
4 – Ter sido lançado à pouco tempo
5 – Ser de marca
6 – Ter uma embalagem atractiva
7 – A embalagem ser reciclada
8 – Gostar da publicidade do produto
9 – A utilidade do produto
10 – Ser saudável
11 – Ser prático
12 – Dar pouco trabalho se for para confeccionar
13 – Ficar feliz
14 – Ser reciclado
15 – Saber quem o fabricou
16 – O ambiente do local da compra
17 – Estar em promoção
18 – Estar na moda
19 – Ser atractivo
20 – A sua funcionalidade
21 – Por querer experimentar independentemente da necessidade
22 - Por me terem dito que é bom

APÊNDICE 6

Quadro 6 – Itens referentes à percepção do ambiente

Grupo 1
1 – Sinto-me mais incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra
2 – Não me sinto incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra
3 – Sempre me senti incomodada com efeitos sonoros que relembrem guerra
Grupo 2
1 – Preocupo-me mais agora em reciclar os lixos
2 – Nunca reciclei os lixos antes
3 – Sempre me preocupei com a reciclagem
Grupo 3
1 – O calor incomoda-me mais agora do que antes
2 – O calor incomoda-me menos do que antes
3 – O calor sempre me incomodou
Grupo 4
1 – O frio incomoda-me mais agora do que antes
2 – O frio incomoda-me menos agora do que antes
3 – O frio sempre me incomodou
Grupo 5
1 – A qualidade do ar incomoda-me mais agora do que antes
2 – A qualidade do ar incomoda-me menos agora do que antes
3 – A qualidade de ar sempre me incomodou
Grupo 6
1 – As alterações ambientais preocupam-me mais agora do que antes
2 – As alterações ambientais preocupam-me menos agora do que antes
3 – As alterações ambientais sempre me preocuparam
Grupo 7
1 – A rede de transportes é suficiente para a minha mobilidade
2 – A rede de transportes não é suficiente para a minha mobilidade
3 – Não utilizo a rede de transportes
Grupo 8
1 – Sinto-me mais incomodada com um possível despedimento do que antes
2 – 1 – Sinto-me menos incomodada com um possível despedimento do que antes
3 – Um possível despedimento sempre me preocupou
Grupo 9
1 – As áreas verdes do local onde resido são suficientes.
2 – As áreas verdes do local onde resido são escassas.
3 – A falta de áreas verdes sempre me preocupou
Grupo 10
1 – Preocupo-me mais agora com a qualidade da água.
2 – Preocupo-me menos agora com a qualidade da água.
3 – A qualidade da água sempre me preocupou

APÊNDICE 7

Cristina Isabel Vicente Pereira Baptista Duarte Nunes
Rua Jorge Amado Bloco C - 5º 1º Et
Condomínio Jardim do Armador
Lisboa
Tm: 919898842

Autopad 20/10/11 22
M. Manuela Peleteiro
Director Executivo
ACES LISBOA NORTE
REGISTO N.º 1027
DATA 12 / 11 / 2010

Enf. Cristina Nunes,
Qual a metodologia de aplicação do
Inquérito?
Quantos Inquéritos?

Ex.ª. Sr.ª Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

Dr.ª Manuela Peleteiro

Eu, Cristina Isabel Vicente Pereira Baptista Duarte Nunes, a exercer funções de Enfermeira Especialista na USF Tílias, venho por este meio pedir autorização para aplicar inquéritos, relativos à minha tese de mestrado sobre "Saúde, Consumo e Ambiente: práticas e valores das grávidas", em todas as unidades de saúde do ACES Lisboa Norte.

→ A preocupação com as grávidas sobre a Saúde, Consumo e Ambiente, constituem a base do que pretendo estudar. As questões relacionadas com a saúde são amplamente debatidas nos dias de hoje dando ênfase à importância tanto comportamental como ambiental, para que a saúde seja promovida de forma holística.

A tese tem como objectivo geral contribuir para o conhecimento das práticas e valores da Saúde, Consumo e Ambiente das grávidas.

Junto em anexo os seguintes documentos:

- 1- O pedido da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova
- 2 - Um exemplar do inquérito.

Desde já o meu agradecimento

Peço deferimento

Lisboa 10 de Outubro de 2010

(Enf. Cristina Baptista Nunes)

Exmo. Sr^a Directora Executiva do ACES Norte
Dr^a Manuela Peleteiro

Lisboa, 2 de Novembro de 2010

Assunto: Realização de um Inquérito no âmbito do Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos da Universidade Nova de Lisboa

A mestranda Cristina Isabel Vivente Pereira B.D Nunes está a realizar a investigação que irá conduzir à sua tese de mestrado sobre “Saúde Consumo e Ambiente: práticas e valores das grávidas”. Para esse efeito precisa conduzir um conjunto de inquéritos sobre saúde materna a mulheres grávidas em todas as unidades do ACES Norte.

Vimos por este meio pedir a autorização para a sua aplicação, desde já assegurando que serão respeitadas todas as normas de ética e deontológicas que se aplicam nestas circunstâncias.


FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
Iva P. PIRES
Prof. Iva Miranda Pires
Departamento de Sociologia

Orientadora da mestranda

Coordenadora do Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos

Contacto:

Mail: im.pires@fcsh.unl.pt

Telm : 919505948

ANEXOS

ANEXO 1

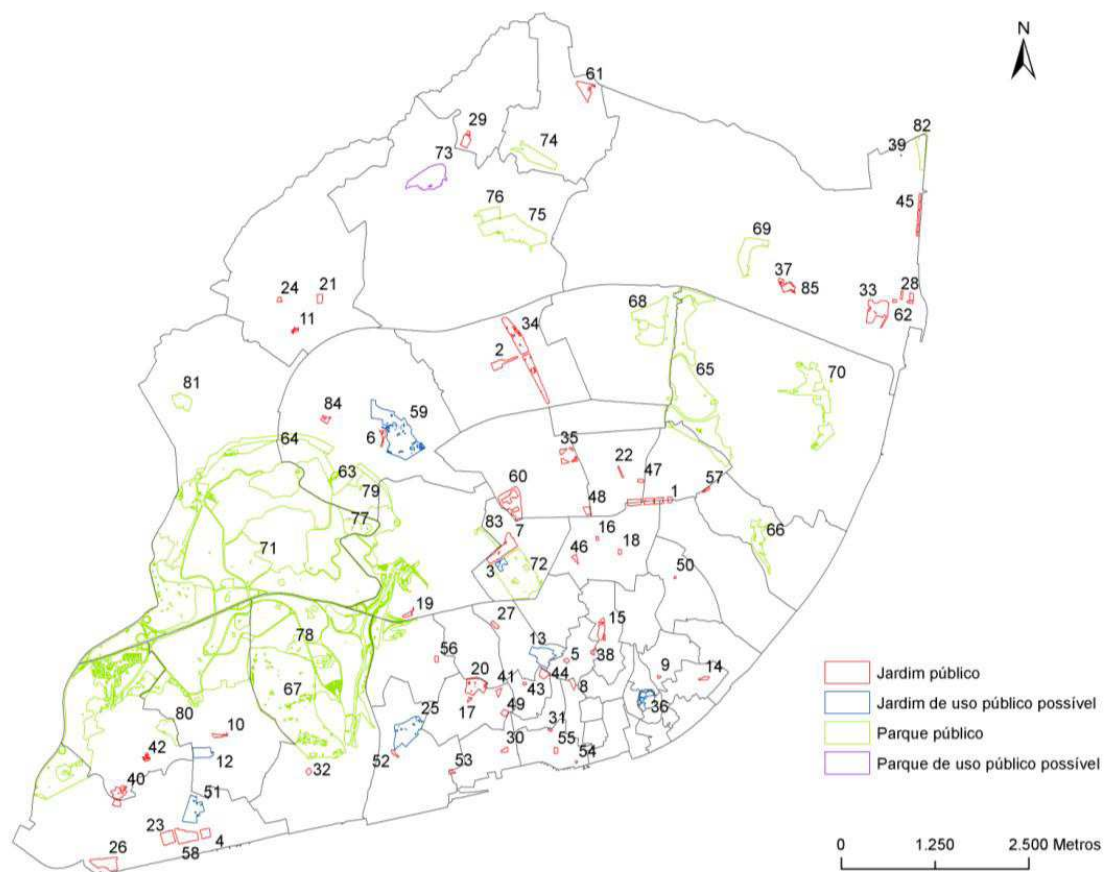


Figura 6. Localização de parques e jardins públicos, de Lisboa (CML, 2011).